Processo de Enfermagem: da teoria à prática

## Processo de Enfermagem:

# da teoria à prática no cuidado oncológico

Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt
Edlamar Kátia Adamy
Carla Argenta

Processo de
Enfermagem:
da teoria à prática

Processo de Enfermagem:

# da teoria à prática no cuidado oncológico

Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt
Edlamar Kátia Adamy
Carla Argenta

## Reitoria


| | |
|---|---|
| Reitor | Marcelo Recktenvald |
| Vice-Reitor | Gismael Francisco Perin |
| Chefe do Gabinete do Reitor | Rafael Santin Scheffer |
| Pró-Reitor de Administração e Infraestrutura | Charles Albino Schultz |
| Pró-Reitor de Assuntos Estudantis | Nedilso Lauro Brugnera |
| Pró-Reitor de Gestão de Pessoas | Claunir Pavan |
| Pró-Reitora de Extensão e Cultura | Patricia Romagnolli |
| Pró-Reitor de Graduação | Jeferson Saccol Ferreira |
| Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação | Clevison Luiz Giacobbo |
| Pró-Reitor de Planejamento | Everton Miguel da Silva Loreto |
| Secretário Especial de Laboratórios | Edson da silva |
| Secretário Especial de Obras | Fábio Correa Gasparetto |
| Secretário Especial de Tecnologia e Informação | Ronaldo Antonio Breda |
| Procurador-Chefe | Rosano Augusto Kammers |
| Diretor do *Campus* Cerro Largo | Bruno Munchen Wenzel |
| Diretor do *Campus* Chapecó | Roberto Mauro Dall'Agnol |
| Diretor do *Campus* Erechim | Luís Fernando Santos Corrêa da Silva |
| Diretor do *Campus* Laranjeiras do Sul | Martinho Machado Júnior |
| Diretor do *Campus* Passo Fundo | Jaime Giolo |
| Diretor do *Campus* Realeza | Marcos Antônio Beal |

| | |
|---|---|
| Diretor da Editora UFFS | Antonio Marcos Myskiw |
| Chefe do Departamento de Publicações Editoriais e Revisora de Textos | Marlei Maria Diedrich |
| Assistente em Administração | Fabiane Pedroso da Silva Sulsbach |

**Revisão dos textos**
Autores
COMUNICA
(Agência de Comunicação EIRELI)

**Preparação e revisão final**
Marlei Maria Diedrich

**Projeto gráfico e capa**
Mariah Carraro Smaniotto

**Diagramação**
COMUNICA
(Agência de Comunicação EIRELI)

**Divulgação**
Diretoria de Comunicação Social

**Formatos**
e-Pub e PDF

P963 Processo de enfermagem: da teoria à prática no cuidado oncológico / Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt, Edlamar Kátia Adamy, Carla Argenta (org.). – Chapecó : Ed. UFFS, 2023. **--** (Coleção: Processo de Enfermagem: da teoria à prática).

Dados eletrônicos.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5019-060-6 (EPUB).
978-65-5019-059-0 (PDF).

1. Oncologia. 2. Câncer - Enfermagem. 3. Enfermagem - Prática. I. Bitencourt, Julia Valeria de Oliveira Vargas (org.). II. Adamy, Edlamar Kátia (org.). III. Argenta, Carla (org.). IV. Título.V. Série.

CDD: 616.994

Ficha catalográfica elaborada pela
Divisão de Bibliotecas – UFFS
**Vanusa Maciel CRB - 14/1478**

# SUMÁRIO

# PREFÁCIO

Em continuidade à coletânea “Processo de enfermagem: da teoria à prática”, o terceiro livro – “Processo de enfermagem: da teoria à prática no cuidado oncológico” – é um excelente exemplo de encadeamento lógico do conhecimento prático e científico em obras distintas. Subsidiado brilhantemente pelo primeiro livro intitulado “Processo de enfermagem: história e teoria”, a presente obra já não parte mais dos conceitos operacionais do processo de enfermagem (PE), estratégia essa que convida o exímio leitor a recorrer ao estudo do primeiro livro, para que nesta terceira obra ele possa compreender a dinâmica proposta para o cuidado de enfermagem em oncologia norteado pelo PE. Considerando que as obras a seguir da primeira direcionam a áreas específicas do conhecimento, sendo que a segunda versou sobre o cuidado de enfermagem na terapia intensiva.

A presente obra é, parcialmente, fruto da assessoria que as organizadoras prestam a um hospital público do oeste catarinense e que lhes deu *know-how* para socializar uma experiência exitosa não somente para o campo prático, mas também para o acadêmico. Estruturado em seis capítulos escritos por 28 autores, entrega-se ao leitor um texto de teor científico, com linguagem clara e acessível, e que suscita a constante reflexão sobre o exercício contínuo a ser feito para que enfermeiros qualifiquem o cuidado prestado, que, neste momento, é contextualizado para a oncologia.

Em síntese, o primeiro capítulo apresenta o câncer como um problema de saúde pública, fato este que justifica o olhar desta obra para o cuidado de enfermagem no contexto da oncologia. Neste capítulo, ainda é possível compreender a evolução histórica da oncologia e como a enfermagem, enquanto categoria profissional, se apropriou desse conhecimento, tendo como exemplo prático a experiência da implantação do PE em um hospital público referência em oncologia no sul do Brasil. Posteriormente, no segundo capítulo, o leitor é apresentado à construção de um instrumento para avaliação clínica inicial da enfermagem,

estruturado em conjunto com os enfermeiros que atuam na assistência direta em oncologia. O instrumento parte para a avaliação detalhada das Necessidade Humanas Básicas, proposta por Wanda Horta (1926 – 1981), e auxilia o enfermeiro a ser minucioso em sua avaliação, pois ela é que servirá de base para o seu raciocínio clínico e subsequente operacionalização do PE. As autoras destacam que ele foi construído para uma demanda local e pode ser adaptado às necessidades de outros contextos assistenciais.

No capítulo três, as autoras seguem a linha de raciocínio do capítulo anterior no que tange à construção do conhecimento baseado na prática assistencial local, e se propõem a identificar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes entre pacientes com câncer gastrointestinal. Dessa forma, elas conseguem reconhecer os diagnósticos de enfermagem que podem ser frequentemente elencados, assim como suas características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco. O argumento para que o movimento investigativo relatado tenha como foco o câncer gastrointestinal é sua característica epidemiológica para o estado de Santa Catariana (SC), pois, segundo a estimativa de 2023, publicada pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), em SC este grupo de neoplasias (estômago, colón e reto) está em terceiro lugar, perdendo apenas para as neoplasias exclusivas por sexo (próstata e mama feminina) (INCA, 2022).

É tácito que todos os autores, sobretudo naqueles capítulos com inclinação à produção de uma tecnologia para a prática de enfermagem, entregam ao leitor todo o fomento necessário para implantação ou adaptação do conhecimento produzido para a sua prática. Logo, esta obra, intrinsicamente, ao mesmo tempo que apresenta uma dinâmica de trabalho coletivo para um contexto específico, dá ao leitor o poder de refletir, criticar e balizar o saber produzido para as necessidades clínicas e epidemiológicas de sua realidade assistencial. Apesar de notória essa articulação teórica desde o início da obra, acredito que é no quarto capítulo que se têm a "cereja do bolo", se me permitem essa analogia, uma vez que é possível visualmente compreender quão árduo foi o trabalho para a construção de uma Matriz de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem que atenda às necessidades de pacientes em tratamento oncológico. É neste capítulo que um enfermeiro atuante em oncologia se debruça para dar o ponto de partida para o estudo do cuidado em oncologia.

No avançar da leitura, têm-se o capítulo cinco, que apresenta um importante ganho para o processo de enfermagem, principalmente na era da globalização

tecnológica, a sua informatização. Para os autores, informatizar é uniformizar os registros de enfermagem, o que, consequentemente, promove a segurança e qualidade da assistência em saúde e cria um banco de dados que permite aos profissionais revisitarem sua produção diária; assim, podem propor mudanças, criar indicadores de qualidade, além de proporcionar dados para a pesquisa científica.

O enlace entre academia e serviços de saúde é uma constante nesta obra, mas é no sexto e último capítulo que se encontra um panorama sobre o ensino do processo de enfermagem no contexto da oncologia. As autoras discutem as limitações, as fortalezas e as perspectivas futuras para que se possa repensar o ensino de enfermagem, seja na graduação ou pós-graduação. No tocante ao problema levantado, se reconhece a importância da educação como ferramenta transformadora de realidades, que, no presente cenário, terá contribuições significativas para a consolidação do PE, o que implicará a atenção oncológica.

Por fim, enquanto enfermeiro especialista em oncologia e com inserção na formação de outros enfermeiros oncológicos, classifico esta obra como elemento primordial no currículo formativo dessa especialidade, uma vez que se discutem pontos fulcrais que vão do reconhecimento da oncologia e sua relação com a enfermagem, e se coloca em evidência o PE como ferramenta teórico-prática que consolida esta categoria profissional como pensante para o cuidado em oncologia. Quanto mais se estuda sobre esta temática, mais distante ficamos de uma enfermagem baseada somente na prática cotidiana, ou melhor, imbricamos nessa prática o conhecimento científico para nos fazer seguir na jornada da qualificação profissional.

Ao parabenizar as organizadoras e demais autores, recomendo a leitura.

## REFERÊNCIAS

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Estimativa 2023: incidência de câncer no brasil. Brasil: INCA, 2022.

***Vander Monteiro da Conceição***

Enfermeiro Oncológico e Doutor em Ciências

Membro da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (SBEO)

Docente do Curso de Enfermagem

Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – Campus Chapecó

# APRESENTAÇÃO DA COLEÇÃO

A Coleção Processo de Enfermagem: da teoria à prática consiste na produção de obras com teor didático e pedagógico, cuja principal finalidade é a formação em enfermagem.

O Processo de Enfermagem (PE) é a ferramenta metodológica de trabalho do enfermeiro; nesse contexto, estruturar conhecimento filosófico e teórico sobre o método de aplicação do cuidado de enfermagem é condição “sine qua non”, tanto quanto habilidades técnicas para operacionalizar o PE, que materializa a prática do cuidado.

A Coleção constitui-se de oito livros que permitem aos leitores dessas obras, profissionais dos serviços, professores e estudantes aliarem e perceberem a articulação entre a teoria e prática, pois o que se discute nas obras demonstra a aplicação na prática do PE diversas redes de atenção à saúde, nas quais enfermeiros produzem a assistência em enfermagem. O primeiro volume – Processo de Enfermagem: história e teoria – foi publicado em 2020; o segundo, em 2022, intitulado Processo de Enfermagem: da teoria à prática em cuidados intensivos.

Essa interface cuidadosamente ressaltada nas obras oportuniza e oferece caminhos aos profissionais da área para a desmistificação acerca das lacunas existentes entre a dimensão teórica e prática da atuação em saúde para a enfermagem resultando em uma *práxis* factualmente. E, como tal, uma prática embasada em método científico e sustentada no cotidiano da assistência; logo, uma prática melhorada e quiçá avançada.

Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt
Organizadora da Coleção Processo de Enfermagem: da teoria à prática

# APRESENTAÇÃO DO VOLUME 3

"Processo de Enfermagem: da teoria à prática no cuidado oncológico" integra a coleção "Processo de Enfermagem: da teoria à prática", uma parceria entre a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ) e a Associação hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF).

O livro contou com 28 autores que apresentam seis importantes capítulos, os quais versam sobre o cuidado de enfermagem ao paciente oncológico. Dentre eles, os aspectos históricos e contextuais do cuidado em oncologia, o relato acerca do desenvolvimento e a implantação do histórico de enfermagem no serviço de oncologia do Hospital Regional do Oeste, os resultados de uma pesquisa sobre a prevalência dos Diagnósticos de Enfermagem em pacientes com neoplasias gastrointestinais, a apresentação da Matriz Assistencial com a ligação entre os diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem para o atendimento a pacientes em tratamento oncológico, o relato da informatização do Processo de Enfermagem no Hospital Regional do Oeste e, finalizando, um capítulo aborda o ensino do Processo de Enfermagem em oncologia.

A obra, de certa forma, retrata a história da implantação e implementação do Processo de Enfermagem no Hospital Regional do Oeste com foco ao atendimento de pacientes oncológicos, um hospital de referência no Oeste de Santa Catarina e que iniciou suas atividades de uma forma bastante singular, unindo docentes pesquisadores, estudantes de três instituições de ensino superior e profissionais do hospital para solidificar o Processo de Enfermagem a fim de qualificar o cuidado com segurança.

É uma obra que pode contribuir com o processo de aprendizado de estudantes e de enfermeiros, além de ser uma leitura essencial para docentes que atuam no ensino teórico, prático e na pesquisa. O conteúdo revela um modelo construído que contribui para o desenvolvimento do pensamento crítico de profissionais de enfermagem que desejam adaptá-lo à sua vida profissional.

Fica o convite para navegar nesta leitura.

**Organizadoras**

CAPÍTULO 1

# CUIDADO EM ONCOLOGIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONTEXTUAIS

*Vander Monteiro da Conceição*
*Olvani Martins da Silva*
*Veridiana da Silva Pinto*
*Ana Julia Rozo*
*Laura Cocco*
*Jeferson Santos Araújo*

## INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o termo neoplasia diz respeito ao crescimento celular descontrolado, sendo importante salientar que nem toda neoplasia é um câncer. Nesse sentido, a neoplasia pode ser classificada em benigna e maligna, a primeira é caracterizada por seu crescimento organizado e lento, e possui limites nítidos, ou seja, não ocorre invasão dos tecidos adjacentes, apesar de o seu crescimento poder comprimir tecidos e órgãos regionais. Enquanto as neoplasias malignas têm seu crescimento desorganizado e rápido, com grande capacidade de metástase regional ou a distância, e ainda podem resistir às terapêuticas empregadas. Dessa forma, esta última é a grande vilã, e ser diagnosticado com neoplasia maligna (câncer) é carregado de medos e incertezas.[1]

O câncer está entre as principais causas de morte antes dos 70 anos de idade e é reconhecido como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no Mundo. Sua ocorrência vem aumentando ano após ano e está relacionada a diversos fatores; por este motivo, é reconhecido como uma doença multifatorial. Em 2018, o INCA apresentou informações de que ocorreram 18 milhões

de novos casos de câncer naquele ano. A última estimativa, realizada em 2019, menciona que nos três anos subsequentes (2020/2021/2022) ocorrerão 625 mil casos novos anualmente. O câncer de maior incidência nesses anos será o de pele não melanoma (177 mil casos novos); em seguida, têm-se as neoplasias da mama e próstata (66 mil casos novos cada). É válido destacar que um terço desses novos casos poderiam ser evitados. Em relação a variável sexo, as mulheres são destaque; para elas, são esperados 316.280 mil casos novos para o triênio. Em contrapartida, os homens representam 309.750 mil casos novos.[1]

A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem, ao longo dos anos, buscando estratégias que auxiliem na redução dos casos de câncer em todo o planeta. Nesse sentido, durante a Assembleia Mundial da Saúde, em 2017, a OMS aprovou uma resolução com foco na prevenção e no controle do câncer, a qual subsidia os governos a estabelecerem metas ou acelerarem o alcance das metas já estabelecidas no "Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis 2013-2020" e na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), que versa sobre o desenvolvimento sustentável para a redução dos casos de morte prematura por câncer. Para elaboração da resolução aprovada, a OMS contou com a colaboração da ONU e da Agência Internacional de Energia Atômica. As metas propostas sinalizam a necessidade de compromisso político, pesquisas, vigilância em saúde, economia da saúde, padronização do cuidado em saúde, fortalecimento de sistemas de saúde, ampliação do acesso à medicamentos antineoplásicos essenciais, emprego de estratégias para a prevenção e controle do câncer (adulto ou pediátrico), e que o tema câncer torne-se pauta na agenda da OMS.[2]

A partir deste cenário, é notório que o câncer se constitui um problema de saúde pública, e ensinar o cuidado de enfermagem neste contexto tem sido um desafio na formação de novos enfermeiros e na capacitação daqueles que atuam nos serviços de saúde. A formação em Enfermagem por anos foi fundamentada em um modelo hospitalocêntrico e, atualmente, há o fortalecimento do ensino baseado em problemas de saúde pública. Logo, o ensino de oncologia nos cursos de graduação em Enfermagem é essencial e se tornou um tema transversal, pois os enfermeiros precisam estar preparados para atuarem no cuidado nas distintas dimensões da vida humana, com vistas à oferta do cuidado integral em saúde.

Portanto, devem estar aptos a cuidar nas várias situações vivenciadas, como na dor e finitude, aproximando-se não somente dos pacientes, mas dos familiares, pois ambos vivenciam o processo de adoecimento.[3]

**Figura 01–** A Enfermagem e as dimensões da vida humana no adoecimento por câncer

Frente ao contextualizado e considerando que o cuidado de enfermagem deve ser operacionalizado a partir do Processo de Enfermagem (PE), o presente capítulo tem como objetivo descrever os marcos históricos relacionados à assistência em oncologia e o cuidado de enfermagem.

## HISTÓRIA DA ONCOLOGIA E DA ASSISTÊNCIA EM ONCOLOGIA NO BRASIL

O câncer era considerado uma doença que matava em segredo, e os conhecimentos sobre ele eram escassos. Com isso, o pensamento criado pelo senso comum fez com que muitas pessoas fossem afastadas das comunidades por

acreditarem em um potencial de fatalidade. Os primeiros casos de câncer datam da era egípcia; contudo, só foram descobertos muito tempo depois durante a análise do esqueleto de múmias. Somente no final do século XVIII, o câncer começaria a ser reconhecido como formação tumoral que progride e destrói os órgãos onde se instala. Além disso, por muitos anos, o câncer foi considerado uma punição de pecados e, somente em 1970, esta teoria do senso comum foi esquecida pela academia, que começou a instituir o câncer como uma doença celular. Importante salientar que o câncer possui como símbolo o caranguejo, devido às suas raízes. É conhecido também como cancro e foi no decurso do século XX que esta doença assumiu o estatuto de doença maldita, desmoralizadora e fatal.[4]

No decorrer dos anos, com o significativo aumento dos números de câncer, assim como aumento do conhecimento sobre esta temível doença, o câncer passou a ser tratado como um problema de saúde pública. As causas decorrem do envelhecimento da população e da propagação de fatores de risco (tabagismo, sedentarismo, má alimentação, uso excessivo de álcool), associados à globalização e à urbanização. Por ser uma doença silenciosa, um dos principais problemas está relacionado ao diagnóstico tardio, o que repercute no aumento da mortalidade.[5]

No que tange à história da assistência oncológica no Brasil, ao longo do ano de 1937, houve a criação do então chamado Centro de Cancerologia, que mais tarde passaria a se chamar Instituto Nacional de Câncer. Na época, foi criado devido ao aumento da mortalidade da doença; ao longo dos anos, expandiu sua atuação e objetivos, pertencendo ao Ministério da Saúde. Hoje é considerada a maior instituição pública de referência no tratamento da doença no país e o centro de desenvolvimento de programas nacionais para o controle do câncer. Ainda em 1973, teve início o Programa Nacional de Combate ao Câncer, com o qual se pretendia atender e integrar as ações de enfrentamento do câncer em todo o Brasil, com objetivo de prevenção, diagnóstico precoce e oferta de tratamento.[6]

Em 1988, a Constituição Federal Brasileira criou o Sistema Único de Saúde (SUS), determinando que é dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira. O SUS, em relação à área oncológica, nos primeiros anos, não atendia ao princípio de integralidade relacionado a pacientes oncológicos, devido ao tratamento se dar em hospitais especializados. A partir da Portaria GM/MS nº. 3.535, criada em 1988, que apresenta critérios relacionados ao cadastramento dos centros de atendimento em oncologia, visando à estruturação do acesso ao tratamento do câncer de forma integral, definiram-se parâmetros para o planejamento

da assistência oncológica. Logo em seguida, foi publicada a Portaria GM/MS nº. 3.536, que trazia a possibilidade de atendimento e procedimentos laboratoriais para tratamento do câncer.[7]

A Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída em 2005 pela portaria GM/MS nº. 2.439, visava garantir o cuidado integral ao usuário, utilizando os mecanismos de referência e contrarreferência para todos os níveis de complexidade, não deixando o paciente desassistido. Em 2013, a Política Nacional de Atenção Oncológica precisou ser adaptada e passou a ser conhecida como Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, dando destaque ao câncer como uma doença crônica prevenível.[7]

É possível notar que a assistência oncológica no Brasil se expandiu e melhorou no decorrer dos anos. Na rede SUS, aumentaram-se as formas de tratamento, prevenção e o número de ambientes com especialidade nesta categoria, visando atender os princípios e diretrizes do sistema. Após ser diagnosticado com câncer, o paciente é encaminhado pelo SUS para um serviço de saúde habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon).[7]

A Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, é a que se encontra em vigência atualmente. Em 2012, foi instituída a Lei nº 12.732, que é conhecida como a lei dos 60 dias, que visa garantir o acesso o mais precoce possível ao tratamento antineoplásico, por aumentar as chances de cura, e define que o paciente possui como direito ser submetido ao primeiro tratamento no SUS, com prazo de 60 dias a partir da data de seu diagnóstico de neoplasia maligna.[8]

A enfermagem precisou capacitar-se para atender pacientes diagnosticados com câncer; com isso, em 1970, surge a especialidade em Enfermagem Oncológica. Em 1975, devido à atuação de enfermeiros em centros de pesquisa, surge a *Oncology Nursing Society* (ONS), considerada a maior organização científica mundial nessa especialidade. No ano de 1995, em decorrência da falta de formação específica em Oncologia nos currículos para a formação do enfermeiro, lacunas teórico-práticas e até mesmo o manejo das emoções para lidar com paciente oncológico, surgiu a Residência de Enfermagem Oncológica. Ela possuía como objetivos o aprimoramento dos conhecimentos e práticas, o desenvolvimento de atitudes relativas à assistência de Enfermagem em Oncologia e o fortalecimento

do interesse pela pesquisa na área, visando cada vez mais aumentar a produção de conhecimento para a enfermagem. A Residência foi idealizada em 1995 e colocada em prática em 1996, no Hospital Erasto Gaertner, no estado do Paraná.[9]

Percebe-se o grande papel da enfermagem ao longo dos anos no cuidado direto e indireto ao paciente oncológico, assim como nas pesquisas realizadas na área. Portanto, ao olhar-se para a história, se consegue observar o crescimento e o desenvolvimento da enfermagem oncológica.

## APROPRIAÇÃO DA ENFERMAGEM NESTE CENÁRIO

Exercendo diversos papéis na área da saúde, a enfermagem busca aprimorar-se cada vez mais no cuidado ao paciente oncológico. Em 1973, nos Estados Unidos da América, surgiu a primeira organização nacional de enfermagem oncológica, a ONS, a qual era composta por 20 enfermeiras que desejavam o apoio na sua área profissional. Tal sociedade foi criada após a primeira Conferência Nacioqunal de Pesquisa em Enfermagem do Câncer. Essa organização ganhou notoriedade e passou a ser reconhecida por suas diretrizes "padrão ouro" no tratamento do câncer e, atualmente, conta com mais de 35.000 membros.[10]

Na busca por compartilhar conhecimento no contexto da enfermagem em oncologia pediátrica, quatro enfermeiros se uniram e chegaram à conclusão que era  necessária uma associação profissional própria dedicada ao cuidado de crianças com câncer. Assim, em novembro de 1974, surgiu a Associação dos Enfermeiros de Oncologia Pediátrica (APON), sendo constituída em 1976. Mais tarde, em 2006, passou a ser reconhecida como Associação de Enfermeiros de Hematologia / Oncologia Pediátrica (APHON).[11]

Quase 10 anos depois, em 1984, surge a Sociedade Internacional de Enfermeiras no Tratamento do Câncer (ISNCC), considerada a voz global da Enfermagem contra o câncer, possuindo mais de 60.000 membros enfermeiros, que trabalham em prol de diminuir a carga global do câncer e maximizar a influência da enfermagem. Esta sociedade possui também finalidades beneficentes, educacionais e científicas.[12]

Nesse ínterim, na Europa, em 1984, teve início a *Fellowship of European Oncology Nursing Societies*, que almejava que a enfermagem fosse reconhecida pela comunidade oncológica, pelos políticos a nível nacional e europeu, para que

valorizassem suas atribuições, especializações e qualificações. Tinha-se como objetivo garantir com que todas as pessoas acometidas pelo câncer fossem atendidas por enfermeiras oncológicas qualificadas e informadas.[13]

Em novembro de 1988, foi fundada a Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica, sendo considerada uma entidade civil, cultural, científica e sem fins lucrativos, na luta contra o câncer e a representação de seus interesses. Dentre suas finalidades, se encontram representar os interesses científicos, assim como organizar e realizar eventos científicos na área da Enfermagem Oncológica, além de representar a Enfermagem Oncológica do Brasil junto às entidades de Enfermagem nacionais e internacionais, entre outras diversas finalidades.[14]

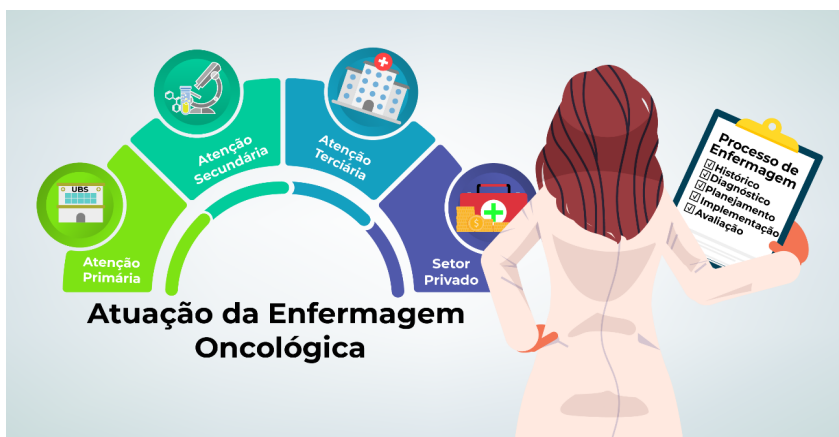
Com vista a ofertar a mesma chance de cura para qualquer criança diagnosticada com câncer, independentemente do lugar em que ela viva, em 2014, surgiu a *International Cancer Care and Research Excellence Foundation* (iCCARE), pois se identificou a falta de cuidados disponíveis em países de baixa e média renda.[15]

Em 2018, surgiu mais uma entidade de representação brasileira da enfermagem oncológica, a Associação Brasileira de Enfermagem em Oncologia e Onco-hematologia (ABRENFOH), que visa representar essa especialidade nacional e internacionalmente, buscando sempre a excelência na assistência.[16]

Ocupando cada vez mais seu espaço na área de enfermagem oncológica, os profissionais precisam estar preparados, pois esse cuidado demanda alto grau de comprometimento emocional, uma vez que os profissionais vivenciam experiências com a finitude da vida, situação que gera impacto na identidade profissional da equipe. Frente a isso, precisam de muita habilidade para lidar com o sentimento e, do mesmo modo, com suas próprias emoções. Para isso, o profissional enfermeiro oncológico precisa possuir entre suas habilidades a empatia, a força, a sensibilidade e o respeito, entre outras que se fazem de extrema importância.[17]

É necessário conhecer todos os tratamentos disponíveis para o cuidado, sendo um deles o uso das práticas integrativas e complementares que podem vir a ser realizadas pelo enfermeiro e servem como adjuvantes ao tratamento farmacológico, proporcionando o alívio da dor, da angústia, da ansiedade e do sofrimento causado pelo câncer. Os enfermeiros estão sempre presentes na vida de seus pacientes, desde os primeiros sintomas, antes mesmo do diagnóstico, e acompanham o desfecho do seu tratamento. Na oncologia, a enfermagem atua em diversas áreas incluindo unidades básicas de saúde, hospitais, clínicas, consultórios privados e cuidados domiciliares. Ela está em constante evolução devido

às descobertas científicas. Portanto, considera-se que para o fortalecimento de seu papel profissional, o PE é uma ferramenta essencial para a qualificação do cuidado ofertado.[17]

**Figura 02 –** O processo de enfermagem nos diferentes níveis de atenção à saúde

## O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA

As demandas provocadas durante o adoecimento, a prevalência e a sobrevida estendida dos pacientes com câncer destacam a importância e a necessidade cada vez mais latente na capacitação de Enfermeiros para atuarem em todos os níveis de atenção oncológica. Estudos evidenciam que muitos Enfermeiros apresentam dificuldades em compreender as especificidades dos adoecidos devido às múltiplas formas de apresentação da doença e seus multifatores que a desenvolvem.[18]

Nesse contexto, os enfermeiros, como profissionais pautados a estimular o cuidado à saúde, devem reconhecer as particularidades e orientar as ações e os serviços de saúde para a população, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção, uma vez que as políticas voltadas ao cuidado ao paciente oncológico apresentam como princípios a humanização e a qualidade, visando promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos dos adoecidos, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais.

Os profissionais de enfermagem[19] tem o dever de prestar assistência ao adoecido durante todo o processo do tratamento ao câncer, que vai desde a hipótese

diagnóstica, confirmação diagnóstica, controle dos fatores de risco, manejo dos sinais e sintomas, prestação de cuidados para cada tipo de tratamento e reabilitação. Durante a oferta de cuidados[20], as intervenções de enfermagem devem ser individualizadas e direcionadas a cada problema que o adoecido apresenta. Assim, cada cuidado deve ser adaptado a uma realidade específica.

Durante a oferta de cuidados, o enfermeiro deve estar envolvido nas ações de promoção à qualidade de vida e bem-estar do adoecido, identificando os problemas de enfermagem, colaborando na execução de exames de diagnóstico, planejando e executando tratamentos, prestando orientações, avaliando e aconselhando os cuidados de enfermagem. Dessa forma, contribui para definir boas práticas clínicas e as políticas de saúde voltadas para esta população.

Contudo, a oferta de intervenções de enfermagem na atenção oncológica vem enfrentando diversas questões para implementação da promoção em saúde, pois muitos adoecidos apresentam resistência ao buscar atendimento médico ou a procura quando sua condição de saúde já se encontra em nível sintomático, ou seja, quando já está com a doença instalada. Entendemos que o combate a esta ação exige mudanças no intuito de fortalecer a adoção de comportamentos de cuidados à saúde.

Neste aspecto, programas de prevenção como propagandas política de saúde do homem, da mulher e atenção oncológica, além de publicitárias como o Novembro Azul, outubro rosa, entre outras lançadas pelo Ministério da Saúde e por outros órgãos, frisam que as medidas preventivas ao câncer incluem a promoção de ações benéficas à saúde como um todo. Todavia, a vigilância constante do corpo, a mudança de hábitos alimentares e estilos de vida, bem como a realização de exames periódicos para detecção da doença, configuram-se como medidas descritas nos programas de prevenção, como fatores possíveis de serem modificados para a prevenção e controle do câncer, cuidados necessários que necessitam ser enfatizados pelos Enfermeiros e toda equipe de saúde.[21]

Dessa forma, reconhecemos a importância do envolvimento do enfermeiro na busca de implementação das ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Oncológica,[19] que trazem a perspectiva de um novo olhar para o cuidado à pessoa com câncer, destacando seus conhecimentos, crenças e valores, que possibilitam uma maior aproximação dos profissionais a esse sujeito, no estabelecimento das ações cuidativas.

Consideramos que o enfermeiro está numa posição privilegiada para ajudar os adoecidos a lidarem com a doença e o tratamento, assistindo-os para encontrar as suas necessidades e desenvolver estratégias para manter a qualidade de vida. Para isso, os aspectos históricos e conceituais discutidos neste capítulo se fazem fundamentais, principalmente para o fortalecimento das práticas de cuidado em saúde.

## PANORAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA NO BRASIL

O PE é uma importante ferramenta para sistematizar a assistência de enfermagem, expressa-se como instrumento facilitador da assistência que permite nortear o cuidado, favorecendo a autonomia do enfermeiro para escrutinar evidências científicas em busca de elementos que fortaleçam e fundamente suas ações, transcendendo assim, o sentido tarefeiro das atividades.[22]

A utilização do processo de enfermagem no Brasil foi gradativa, tendo como marco os anos 70, pela influência das concepções de Wanda de Aguiar Horta, após a publicação, em 1979, do seu livro Processo de Enfermagem, alavancando um olhar holístico ao permitir voltar-se para as necessidades humanas básicas dos indivíduos, além de incentivar que tal metodologia fosse atividade privativa do enfermeiro.[22]

Em 2002, a utilização do PE tornou-se obrigatório em território nacional de todas as instituições de saúde em que houvesse enfermeiros, conforme referendado pela Resolução COFEN 272/2002, a qual foi substituída pela Resolução COFEN 358/2009.[23]

Atualmente o PE vem sendo empregado nas diversas áreas da saúde, permitindo autonomia e maior aproximação com os pacientes. Em oncologia, onde os indivíduos apresentam uma complexidade de sinais e sintomas, em que refletem uma tríade de necessidades, ou seja, apresentam necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, a enfermagem deve buscar a compreensão desse universo, refletindo sobre sua condição de saúde, utilizando-se da cientificidade para proporcionar conforto, segurança e amenizar seus sintomas, tais ações são favorecidas pela utilização do processo de enfermagem.[24]

Nesse sentido, com propósito de identificar o panorama da utilização do processo de enfermagem em oncologia no Brasil, iniciou-se uma busca nas bases de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), entre os dias 29 e 30 de janeiro de 2021. Para tal, utilizou-se como descritores "Processo de Enfermagem", "Cuidados de Enfermagem" e "Oncologia", separado pelo buscador boleano AND, incluindo textos completos, dos últimos cinco anos, desenvolvidos no Brasil.

Na base de dados LILACS, foram encontrados seis estudos; após filtro, restaram quatro, dos quais três foram excluídos, um estava repetido em outra base de dados. Na base da SCIELO, localizaram-se 20 estudos; após critérios de inclusão, restaram 10, que, posteriormente à leitura, foram todos excluídos. Na BVS, localizaram-se 188 estudos; destes, 56 atenderam ao critério dos últimos cinco anos; então, foram incluídos cinco estudos para compor a análise.

Para análise e categorização dos estudos, seguiram-se passos adaptados do estudo de Guimarães[24] em busca dos seguintes elementos: local e ano de publicação, cenário de realização do estudo, tipo de estudo, população do estudo, teoria de enfermagem adotada, linguagem padronizada e etapas do processo de enfermagem desenvolvida.

Os estudos encontrados obtiveram uma abrangência geográfica representativa em nível nacional, referenciando os estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Bahia, Pará e Rio de Janeiro, publicados nos anos de 2016, 2017, 2018 e dois em 2019.

Os cenários foram o ambulatório de radioterapia de um hospital referência em cancerologia, a unidade de internação oncológica de um hospital de pequeno porte, a unidade de internação oncológica de um hospital público, as dependências da clínica cirúrgica e do 2º departamento de câncer em um hospital público e uma unidade federal especializada no tratamento oncológico. A amostra populacional foi composta por pacientes, enfermeiros, prontuários e evoluções de enfermagem, e um dos estudos foi direcionado a crianças e adolescentes.

As abordagens metodológicas utilizadas foram quantitativas transversais, descritiva e exploratória, qualitativa de caráter exploratório e descritivo, abordagem qualitativa e metodológica baseada na elaboração de um instrumento assistencial de enfermagem.

Quanto à utilização de um sistema de linguagem padronizada, os estudos se detiveram nas taxonomias da Classificação de Diagnósticos de Enfermagem *Nanda international* (NANDA-I), *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e *Nursing Interventions Classification* (NIC). Dois deles utilizaram somente NANDA, um NANDA e NIC, um NANDA, NOC e NIC e um não fez uso de taxonomias. Tais abordagens suscitam a ideia de que os sistemas de linguagens padronizadas apresentadas são os mais utilizados no Brasil, corroborando o estudo de Guimarães et al (2020).[25] Nem um dos estudos explicita um referencial teórico de sustentação do PE, entretanto, um dos estudos investigou as necessidades psicossociais e psicoespirituais, o que remete a Wanda A. Horta.

Embora o PE preveja cinco etapas – investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação nos estudos –, houve fragmentação destas etapas ao serem desenvolvidos, contemplando apenas uma, duas ou três das etapas citadas.[23] Chama atenção nos estudos a etapa avaliação de enfermagem. Nesse quesito, um estudo se debruçou a essa investigação e constatou que a realização das evoluções pelos enfermeiros em oncologia segue alguns critérios, como uma ordem céfalo-caudal para abordar todos os sistemas orgânicos, comparação com outras evoluções anteriores para identificar se houve mudança na condição do paciente.[26]

Nesse mesmo estudo, foi apontado o termo "evolução completa", classificando-a como a evolução de admissão do paciente, em que é possível acrescentar a anamnese, intercorrências apresentadas, condutas tomadas e resultados obtidos. Entretanto, foram encontrados alguns aspectos que dificultam efetivação do registro, tais como: falta de tempo para a realização da evolução de forma completa; excesso de atribuições do enfermeiro; informações deficientes que são repassadas em relação aos pacientes; utilização incorreta de termos técnicos; ilegibilidade da escrita e erros ortográficos;  ausência de assinaturas.[26]

A documentação das atividades realizadas na assistência é uma etapa da comunicação entre profissionais de grandeza jurídica que requer habilidade, coerência, objetividade e clareza das informações, a qual se constitui em uma atribuição obrigatória nos serviços de saúde.[22] Trata-se de um dever do profissional realizar os registros do processo de cuidar, conforme versa a Resolução COFEN Nº 429/2012.[27]

Entretanto, um aspecto em que os autores convergem é que a utilização do PE na assistência aos pacientes oncológicos traz maior cientificidade aos cuidados

prestados, assegurando ao enfermeiro o julgamento clínico respaldado por evidências científicas, o que possibilita identificar as respostas humanas, planejar a assistência e antecipar acontecimentos.

O PE dinamiza a assistência e, aliado a um sistema de classificação, facilita a exploração de informações, ao apoiar-se em parâmetros clínicos que vão delimitar e direcionar as condutas. Para estabelecer um diagnóstico de enfermagem acurado, a utilização das características definidoras, dos fatores relacionados e os fatores de risco auxilia no raciocínio clínico mais assertivo. Com isso. há um ganho para o paciente, pois um diagnóstico de enfermagem adequado possibilita o estabelecimento de intervenções efetivas para o alcance dos resultados esperados.[28]

Além disso, é primordial o olhar aguçado e a sensibilidade do enfermeiro para interpretar a individualidade, abstrair a imprevisibilidade da condição de saúde do paciente oncológico e do planejamento da assistência.[28]

## A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DO OESTE COM O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Hospital Regional do Oeste (HRO), que é atualmente gerenciado pela Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF), iniciou, no ano de 2014, um movimento interno para qualificação da assistência de enfermagem a partir da busca por um sistema de linguagem padronizada para fundamentar a assistência de enfermagem ali desenvolvida. Essa frente foi estimulada pelas instituições de ensino superior (IES) que utilizam o hospital como espaço para o ensino prático da assistência de enfermagem e para o desenvolvimento de pesquisa que, rotineiramente, tinha como foco o PE nas distintas unidades assistenciais.

É importante destacar a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009 dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do PE em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.[23] Nessa perspectiva, o referido documento propõe o desenvolvimento do PE em cinco etapas, interdependentes e inter-relacionadas entre si, sendo elas: histórico de enfermagem ou coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem.[29]

Há também a Resolução COFEN 429/2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte (tradicional ou eletrônico). Deve ser registrado no prontuário: um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade; os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa/família; as intervenções de enfermagem realizadas frente aos diagnósticos de enfermagem identificados; e os resultados alcançados diante das intervenções de enfermagem realizadas.[27] Os registros de enfermagem, além de cumprir uma exigência legal, contribuem com a organização do trabalho da enfermagem.

Dado o momento anterior de mobilização, as IES e o hospital unem-se para iniciar a padronização do PE, e a primeira unidade clínica a participar desse movimento foi o Ambulatório de Radioterapia. Neste espaço, desenvolveu-se um estudo com foco na identificação da prevalência do Diagnóstico de Enfermagem com base na taxonomia NANDA-I, em pacientes submetidos à radioterapia como terapêutica antineoplásica, experiência essa considerada exitosa.

A experiência proporcionada pela investigação auxiliou o HRO a decidir o sistema de linguagem padronizada que faria uso no PE: NANDA-I para os diagnósticos de enfermagem; NIC para a proposição das intervenções de enfermagem; NOC para avaliação dos resultados obtidos a partir das intervenções propostas. No ano seguinte, 2015, com base na experiência da radioterapia, o HRO articulou-se internamente, sempre apoiado pelas IES, e elaborou um projeto para a implantação padronizada do PE em todo o hospital. Deste movimento, surge a Comissão do Processo de Enfermagem (COMPEnf), composta por representantes do HRO e das IES.

A COMPEnf, no tocante às suas atividades, elabora com as enfermeiras a padronização do PE em cada setor, dentre eles, as unidades de internação em oncologia. A partir deste momento, será relatada a experiência da Enfermagem na implantação do modelo padronizado do PE nas unidades de internação oncológicas do HRO.

Os primeiros entraves vivenciados com o PE foi o distanciamento das enfermeiras do processo, pois, durante sua formação em Enfermagem, ele foi pouco enfatizado; nas suas experiências práticas, as instituições de saúde ainda não o tinham como elemento fundamental para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem. É válido ressaltar que esse entrave foi frequente entre as enfermeiras formadas há mais tempo, entretanto, as enfermeiras com formação mais recente

possuíam maior domínio acerca da operacionalização do PE e, portanto, ajudaram o grupo a aproximar-se desta ferramenta e operacionalizá-la.

Normalmente, na graduação, o ensino do PE ocorre antes da metade do curso e vai se consolidando até o final dele. Porém, algumas barreiras são encontradas nesse processo, como dificuldades para a realização do exame físico, o tempo e a atenção, que são essenciais para o desenvolvimento do PE, e a falta de padronização no ensino e no cuidado ao paciente.[30] É importante que os docentes elaborem estratégias de treinamento ativo na prática para que aconteça o desenvolvimento das cinco etapas do PE de forma eficiente, assim como os serviços de saúde – espaço prático de aprendizado – forneçam o ambiente adequado, como a apropriação do PE na rotina de trabalho das enfermeiras.

É considerável que os acadêmicos compreendam o PE como ferramenta de trabalho que contribui diretamente para a visibilidade da enfermagem como profissão científica, uma vez que estes serão futuros enfermeiros que farão presença no mercado de trabalho.[29]

A dinâmica da COMPEnf durante a implantação do PE era a personalização dele para o perfil clínico das demandas das unidades hospitalares, fator considerado positivo, pois as enfermeiras necessitavam olhar para o seu cuidado cotidiano e interpretá-lo a partir de um sistema de linguagem padronizada. Tal movimento não foi fácil, mas proporcionou a associação entre teoria e prática.

Na medida em que a implantação ocorria, novos desafios surgiam. No que tange ao histórico de enfermagem, ele é composto por anamnese e exame físico, porém, este último era realizado pelas enfermeiras de modo focalizado nos problemas mencionados pelos participantes ou por sua condição clínica, ou seja, pouco se olhava para o todo. Neste cenário, houve formações para as enfermeiras relembrarem e se instrumentalizarem para exame físico completo, para que pudessem proporcionar um *corpus* de dados suficientes que as ajudassem a caminhar no PE.

O PE evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população e aumenta a visibilidade, bem como o reconhecimento profissional, no entanto, há alguns problemas que circundam a implantação dele nos serviços de saúde. Pode-se citar aspectos relacionados à execução, operacionalização e ao acompanhamento periódico e direto das atividades. Além disso, outra dificuldade apresentada está relacionada à falta de tempo, que é justificada pelo acúmulo de atividades, ocasionada pela carência de recursos humanos.[30]

Rotineiramente, durante a implementação do PE, os entraves são a relutância dos próprios profissionais, tornando-se basicamente uma atividade burocrática, a falta de experiência e a deficiência de conhecimento teórico acerca dele e suas etapas. O PE é muito mais do que uma sequência de etapas a ser seguida; é um processo que exige conhecimento e habilidade na tomada de decisão do enfermeiro. Nesse sentido, é importante que haja uma reflexão de que o PE precisa ser discutido e valorizado pelos profissionais da área de enfermagem e se deve buscar alternativas que viabilizem esse trabalho.[31]

Outra barreira a ser superada é a alta rotatividade das enfermeiras no setor, assim como o dimensionamento da equipe de enfermagem, o que, por vezes, as sobrecarrega e dificulta o registro do PE. Destaca-se o empenho das representatividades internas do hospital em transpor essa limitação, e, aos poucos, surgem conquistas, que, apesar de sutis, foram contribuindo para o sucesso da implantação do PE nesta unidade. Um dos grandes ganhos neste contexto foi o início do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, em 2018, que proporcionou o incremento de três enfermeiras residentes ao serviço. Apesara de elas estarem em processo formativo, auxiliaram na dinâmica do trabalho da equipe e fortalecerem o PE.

A sobrecarga de trabalho nas unidades de saúde acaba por inviabilizar a implementação do PE. O excesso de atividades a serem cumpridas, aliado à falta de incentivo das instituições e o número reduzido de profissionais, faz com que o PE não seja realizado.[31] O dimensionamento de pessoal de enfermagem tem sido foco de atenção dos enfermeiros, o que interfere diretamente na eficácia, na qualidade e no custo de assistência à saúde.[31]

Paulatinamente, seguem-se os anos de 2019, 2020, 2021 até os dias atuais e nota-se que o PE se tornou rotina; as enfermeiras agora já criaram a cultura de desenvolvê-lo como atividade necessária no cuidado cotidiano. Esta situação é muito positiva, mas obviamente surgiram novos elementos que se atravessaram no desenvolvimento do PE, e um deles é a mecanização dessa atividade. Por ter se montado uma matriz com o perfil clínico do paciente oncológico, algumas enfermeiras elencam diagnósticos, intervenções ou resultados esperados, de modo equivocado, e percebe-se dificuldade na revisão do planejamento implementado, ficando o paciente com a mesma prescrição por um período além do ideal. Para reduzir essa limitação emergente, a COMPEnf criou auditoria para o PE; assim, olha-se minuciosamente as prescrições realizadas e busca-se discutir sobre

os pontos fortes e os que precisam ser melhorados. Dessa forma, aos poucos, busca-se superar essa limitação.

As dificuldades dos enfermeiros no desenvolvimento do PE não se limitam apenas à prática profissional, mas também à falta de conhecimento efetivo sobre o tema. Quando há carência de conhecimento, pode haver prejuízo do estímulo profissional ou debilitação da integração das etapas, dificultando, assim, o planejamento do cuidado ao paciente.[30] Enfatiza-se mais uma vez a necessidade de inserir o processo como uma metodologia integrada à rotina de enfermagem de forma sistemática.[31]

Os técnicos de enfermagem também apresentam queixas a respeito do PE, que geralmente estão associadas à compreensão do que a eles compete no desenvolvimento do cuidado e do que o enfermeiro deve fazer ou mesmo que o PE representa uma etapa burocrática que se atravessa no seu processo de trabalho. Dessa forma, buscou-se aproximá-los do PE com formações que visavam apresentar a importância dele para o cuidado de enfermagem/saúde.

Em relação à normatização do exercício profissional quanto ao PE, destaca-se a Lei N° 7.498, de 25 de junho de 1986, pela qual foram determinados como dever privativo do enfermeiro, o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços, bem como a prescrição da assistência de enfermagem. Aos técnicos de enfermagem é atribuída a participação no planejamento da assistência, na orientação e supervisão do trabalho de enfermagem e na execução de ações assistenciais.[32]

O PE tem importante influência na organização/otimização da assistência, além de facilitar o trabalho do técnico de enfermagem ao localizar no prontuário do paciente as informações referentes à evolução do tratamento e aos cuidados a serem prestados. Os registros facilitam as ações realizadas pela enfermagem, pois, a cada turno, o técnico de enfermagem que está prestando assistência ao paciente pode ler a evolução anterior e conhecer os fatos mais relevantes ocorridos com o paciente.[32]

Acredita-se que já há ganhos substanciais no desenvolvimento do PE nas unidades de internação de oncologia do HRO, embora sempre haverá novos desafios, pois ele é uma ferramenta que necessita de um conjunto de fatores individuais (recursos humanos) e gerenciais (gestão do serviço) para o seu desenvolvimento e para sua correta operacionalização. Assim como o perfil do paciente oncológico varia com o tempo, as revisões contínuas da matriz produzida são necessárias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, explanou-se que à medida em que a grande área Oncologia expandiu-se no mundo, a Enfermagem necessitou apropriar-se desse conhecimento para prover o cuidado de qualidade. Esse envolvimento ganhou grandes proporções, e culminou na consolidação da Enfermagem Oncológica. Nesse contexto, o PE é apresentado pela comunidade acadêmica como elemento fundamental para o fortalecimento do cuidado de enfermagem, porém, no campo assistencial há alguns entraves que limitam sua execução. Por fim, a experiência do PE no HRO revela o quão são tortuosos os caminhos do cuidado em enfermagem e que movimentos como o realizado são necessários para o fortalecimento do PE e a consequente qualificação da assistência à saúde humana.

## REFERÊNCIAS


1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto nacional do câncer. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. INCA [Internet]; 2019. [Acesso em: 01 abr 2021]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil

2. Organização Mundial da Saúde. Cancer. 2022. [Acesso em: 11 ago 2022]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer

3. Lins FG; De Souza SR. Formação dos enfermeiros para o Cuidado em Oncologia. Rev. enferm. UFPE [Internet]. Jan 2018 [Acesso em: 08 abr 2021]; 12(1):66-74. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22652/25858

4. Costa R. Escrevendo a História do Cancro: da situação historiográfica internacional ao caminho por trilhar em Portugal. 2. ed. Portugal: CITCEM, 2011 [Acesso em: 03 abr 2021]; Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232219914_Escrevendo_a_Historia_do_Cancro_da_situacao_historiografica_internacional_ao_caminho_por_trilhar_em_Portugal

5. Perottoni A. Política de Atenção Oncológica no Brasil: Uma revisão bibliográfica [Monografia em Medicina Social]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Medicina; 2018 [Acesso em: 01 abr 2021]. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/184323

6. Nicida LRA; Schweickardt JC. Fundação Centro de Controle de Oncologia: uma Abordagem da História da Política de Controle do Câncer no Amazonas. Rev. bra. cancerol. Nov 2017; 63(3):189-197.

7. Migowski A, Atty ATM, Tomazelli JG, Dias MBK, Jardim BC. A Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. Rev. bra. cancerol. 2018 [Acesso em: 8 abr 2021]; 2(64):247-250. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1006922

8. Oliveira LF. A atenção Oncológica no Brasil: reflexões sobre o acesso. In: 6º Encontro Internacional de Política Social 13º Encontro Nacional de Política Social. 2018 jun; Vitoria.

9. Justino ET, Przenyczka RA, Kalinke LP, De Campos O. História da especialização em enfermagem oncológica – modalidade residência – no hospital Erasto Gaertner. Ciênc. cuid. saúde. 2010; 9(1):1. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i1.8432

10. Oncology nursing society [homepage na Internet].Our History Pittsburgh U.S. and international copyright laws [Acesso em: 11 abr 2022]. Disponível em: https://www.ons.org/about-ons/our-history

11. Association of pediatric [homepage na Internet]. About Aphon. Chicago,Higgins Road [Acesso em: 3 abr 2021]. Disponível em: https://aphon.org/about-us/association-pediatric-hematology-oncology-nurses

12. Intern ational society of nurses in cancer care [homepage na Internet]. About ISNCC [Acesso em: 04 abr 2021]. Disponível em: https://www.isncc.org/page/About_ISNCC

13. Civil Society Organization [homepage na Internet]. European agency for Safety and health at work [Acesso em: 6 abr 2021]. Disponível em: https://healthy-workplaces.eu/en/campaign-partners/european-oncology-nursing-society-eons

14. Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica [homepage na Internet]. Quem somos [Acesso em: 6 abr 2021]. Disponível em: https://www.sbeonet.com.br/quem-somos

15. International cancer care and research excellence foundation [homepage na Internet]. Our Mission Statement: Our History [Acesso em: 12 abr 2021]. Disponível em: https://i-ccare.org/about-us/

16. Associação brasileira de Enfermagem em Oncologia e Onco-Hematologia [homepage na Internet]. História [Acesso em: 15 abr 2021]. Disponível em: https://www.abrenfoh.com.br/historia/

17. Ferreira PM, De Souza TC, Freitas OS, Bressan VR, Silva LJA, Terra FDS. Uso das práticas integrativas e complementares pela enfermagem em pessoas com câncer: revisão integrativa/ use of integrative and complementary practices by reference in people with cancer. Braz. J. Hea. Rev. 2021; 4(1):1841-1858. DOI: http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n1-150

18. Pinto ACSN, Baston MAP, Gomes EA, Mendonça ET. Itinerário terapêutico de pessoas diagnosticadas com câncer: aproximações e distanciamentos da rede de atenção oncológica. Rev. Enferm. Atual In Derme. 2019; 85(23).

19. Oliveira AM, Stancato K, Silva EM. Formação do Enfermeiro: Políticas públicas na Atenção Oncológica. Enferm. foco. 2018; 9(3). ISSN 2357-707X. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1175

20. Cogo SB, Reisdofer AP, Beck JL, Gomes TF, Ilha AG, De Leon PB, et al. Percepção de enfermeiros e médicos sobre a assistência aos pacientes da oncologia no prontosocorro. Rev. bras. enferm. 2020; 73(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001800168&lng=en&nrm=iso

21. Ramos RS. A Enfermagem Oncológica no Enfrentamento da Pandemia de Covid-19: Reflexões e Recomendações para a Prática de Cuidado em Oncologi. Rev. Bras. Cancerol. [Internet]. 2020; 66 (1).

22. Camacho ACLF, Joaquim FL. Reflexões à Luz De Wanda Horta Sobre Os Instrumentos Básicos De Enfermagem. Rev enferm UFPE. 2017; 11(Supl. 12):5432-8.

23. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização do Processo de Enfermagem e a implementação do processo. Brasília/DF; 2009 [Acesso em: 20 fev 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

24. Ribeiro JP, Cardos LS, Pereira CMS, Silva BT, Buloz BK, Catro CK. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. J. res.: fundam. care. 2016; 8(4): 5136-5142.

25. Guimarães JO, Dos Santos LN, Barreto PL, De Melo LS, De Andrades JS, Silva FJCP. Panorama do processo de enfermagem no brasil: uma revisão integrativa. Rev. Enferm. Atual In Derme. 2020; 94(32).

26. Silva AGI, Dias BRL, Leite MR. A elaboração de evoluções de enfermagem e possíveis dificuldades: percepção do enfermeiro. Nursing (São Paulo). 2019; 22(254): 3039-3042.

27. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte. Brasília/DF; 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html

28. Marcon C, Vicari G, Poltronieri P, Maffissoni A, Caregnatto KDA, Argentina C, et al. Diagnósticos de enfermeira de pacientes em tratamento radioterápico. Rev. enferm. UFPE [Internet]. 2018; 12(11):3060-8.

29. Souza GB, Santiago AXS, Santos OP, Pereira BA, Caetano SRS, Santos CC. Sistematização da assistência de enfermagem e processo de enfermagem: conhecimento de graduandos. Braz. J. Hea. Rev. 2020; 3(1):1250-1271. Disponível em: http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n1-097

30. Cruz RAO, Araujo ELM, Nascimento NM, França JRFS, Oliveira JS. Ensino do processo de enfermagem na academia: relato à luz de maguerez. Rev. Enferm. Ufpe OnLine. 2017; 11(12):5471. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22496p5471-5477-2017

31. Machado JPC, Silva DM, Souza E, Pedron CD, Gallash CH, Thiengo PCS. Percepção de enfermeiros de unidades de internação clínica sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Nursing (São Paulo). 2019; 22 (257):3220-3225. Disponível em: http://dx.doi.org/10.36489/nursing.2019v22i257p3220-3225

32. Longaray VK, Almeida MA, De Cezaro P. Processo de enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2008; 17(1):150-157. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100017&lng=en

CAPÍTULO 2

# DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ONCOLOGIA

*Edlamar Kátia Adamy*
*Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt*
*Thamara Trierveiler*
*Fernanda Crivello Martins*
*Denise Antunes de Azambuja Zooche*

## INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) caracteriza-se como uma metodologia de trabalho que exige, em sua implementação, habilidades assistenciais e gerenciais, orientando as ações dos enfermeiros reorganizando os recursos físicos, gestão de pessoas e administrativos, além de propiciar a execução do cuidado, à luz de uma ou mais Teorias de Enfermagem e que requer pensamento crítico do enfermeiro.[1]

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o PE organiza o trabalho profissional para a realização de um cuidado sistematizado afim de promover a individualização do cuidado favorecendo a comunicação entre a equipe. O PE é entendido como um instrumento metodológico que orienta o cuidado e a documentação da prática profissional da enfermagem e sua responsabilidade é privativa do enfermeiro, conforme definido na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 e decreto n. 94.406/87, bem como de acordo com a Resolução COFEN nº 358/2009 que determina a implementação do PE em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.[2]

No contexto da assistência em enfermagem, o PE desponta como um método eficiente para sistematizar o cuidado, proporcionando condições para

individualizar e administrar a assistência, possibilitando maior integração do enfermeiro com o paciente, sua família, comunidade e a própria equipe, gerando resultados positivos para a assistência. A organização das ações de enfermagem, por meio do PE, consiste na elaboração do planejamento das ações terapêuticas que tem suas bases nas estratégias de resolução de problemas e, nas etapas de um método científico. O PE é amplamente divulgado e aceito mundialmente, como sendo o modo de fazer o trabalho de enfermagem contemporâneo mediante o emprego científico do conhecimento.[3]

O PE é dividido em cinco etapas: coleta de dados ou histórico de enfermagem; diagnóstico; planejamento; implementação e avaliação de enfermagem. A coleta de dados ou histórico de enfermagem compreende a anamnese e o exame físico, descritos como instrumentos que agregam informações do paciente, sua família e comunidade, e está intrínseca ao cotidiano dos profissionais de enfermagem no intuito de garantir maior qualidade na assistência prestada. Desde o primeiro contato com o paciente, o profissional aciona recursos interativos para atentar as condições de saúde dos pacientes, de maneira ampliada, assim, semiologicamente falando, é relevante o uso dos sentidos (tato, olfato, visão e audição), bem como, o exercício da sensibilidade quanto aos mecanismos de comunicação verbal e não verbal dos pacientes, almejando a captura de informações que denotem a integralidade do ser humano. Essa sistemática de ações durante a coleta de dados permite atingir o status de definição diagnóstica mais acurada.[2,4]

Considerando que o foco deste capítulo é a primeira etapa do PE, torna-se importante definir o sentido da palavra anamnese, em que cabe ao enfermeiro estimular o paciente a relembrar eventos passados relacionados à sua saúde, da sua família e aspectos da comunidade. Essa leitura do passado leva o enfermeiro a relacionar a sintomatologia atual, de modo que, por meio desta conjunção semiológica, se possa compreender o momento atual e desenvolver o raciocínio quanto ao quadro clínico do paciente. No exame físico, por sua vez, procura-se evidencias por anormalidades, sinais objetivos e verificáveis que possam conter informações sobre os riscos ou problemas de saúde significativos para a identificação dos diagnósticos de enfermagem, subsídios essenciais para o planejamento da assistência.[4]

Contudo, as etapas do PE são inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, de modo que a realização de uma efetiva coleta de dados subsidiará

as demais etapas do PE sustentando a tomada de decisão do enfermeiro. Essa coleta de dados, quando realizada no primeiro contato com o paciente, pode ser definida como avaliação inicial de enfermagem, aquela que subsidia a continuidade do cuidado.

O PE, executado em suas cinco etapas, deve ser documentado através dos registros de enfermagem, reforçados pela Resolução n. 429/2012 do COFEN, que determina a obrigatoriedade desse registro no prontuário do paciente, seja ele no formato tradicional ou em meio eletrônico.[5]

Destaca-se que os registros de enfermagem são essenciais para evidenciar a realização do PE, pois documentam a prática clínica, pautada em um referencial teórico que subsidia o cuidado. Na execução cotidiana da *práxis*, o enfermeiro faz uso de referenciais teóricos que exigem maior conhecimento e oportunizam a modificação da estrutura da assistência, promovendo a ação crítica e participativa.[6]

Este capítulo objetiva descrever o processo de desenvolvimento de um instrumento para o registro da avaliação inicial de enfermagem em um serviço de oncologia hospitalar.

## CAMINHOS PERCORRIDOS: A FASE DA CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO

O estudo integra um macro projeto de pesquisa intitulado: “Desenvolvimento, validação e avaliação de tecnologias sustentadas pela implantação/implementação do Processo de Enfermagem da UDESC", aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob número 3.948.170, e conta com a participação de três Instituições de Ensino Superior que ofertam o curso de graduação em enfermagem, sendo elas Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ) e Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

O campo de estudo foi o serviço de oncologia de um hospital referência na região oeste de Santa Catarina e envolveu como participantes os pesquisadores e sete enfermeiros que atuam na assistência de enfermagem ao paciente oncológico.

O método utilizado para a construção do instrumento foi a pesquisa ação, que se configura como um método que possibilita a interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, ou seja, entre o saber formal e saber informal,

integrando a teoria e a prática, oportunizando assim a possibilidade de mudanças na forma como as pessoas interagem entre si e com os outros.[7]

É uma forma de pesquisa participante, na qual os pesquisadores trabalham explicitamente com, para e por pessoas em vez de realizar a pesquisa sobre elas. Tal escolha se justifica porque é particularmente adequada para a identificação de problemas na prática clínica e para ajudar a desenvolver potenciais soluções para aperfeiçoar essa prática.[7]

A coleta de dados neste estudo se deu por meio da realização de grupo focal (GF), pois na pesquisa ação a participação é fundamental, já que essa abordagem demanda que os participantes percebam de forma coletiva e dialógica, a necessidade de mudança e que desejam exercer um papel ativo na pesquisa.[7]

O GF foi realizado em outubro de 2022, nas dependências do hospital, com duração de duas horas e participação de sete enfermeiros durante sua jornada de trabalho. Utilizou-se como disparador do debate e reflexão um instrumento elaborado em 2017 não sistematizado. O GF foi mediado por uma das pesquisadoras, gravado e transcrito para análise posterior, além do registro das sugestões em um diário de campo. O GF se realizou de forma reflexiva e com bom entrosamento entre os participantes que se sentiram à vontade para confiar e expor as suas opiniões, compartilhando a realidade do setor, facilidades e dificuldades apresentadas na execução da etapa de coleta de dados que levaram a atualização do instrumento ora apresentado.

Analisaram-se as unidades de registro e contexto sobre os conteúdos identificados na transcrição e as notas do diário de campo, e, a partir da literatura e legislação sobre o PE, foi realizada a identificação e o alinhamento dos conteúdos revelados com o referencial teórico existente sobre os métodos propedêuticos fundamentais para a realização do exame físico (teoria de Wanda Horta) e legislação do exercício profissional do enfermeiro vigente no Brasil. Cabe destacar que o hospital, ao implantar o PE, definiu seguir o referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta.[8]

Para a análise dos dados gerados, utilizaram-se os preceitos da análise de conteúdo de Bardin[9], que compreendeu três etapas: pré-análise; fase exploratória; tratamento do material empírico e documental.

# PRODUTO FINAL: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

Os resultados da pesquisa contribuíram para o desenvolvimento de um instrumento para registro da avaliação inicial de enfermagem para pacientes internados no setor de oncologia. O processo de implantação e implementação do PE, no serviço de oncologia do Hospital, teve início pela definição dos diagnósticos de enfermagem (DE) a partir dos domínios da taxonomia *Nanda international* (NANDA-I) no ano de 2017.

No mesmo ano, mediante a definição dos DE e seus respectivos domínios, ainda considerando a discussões geradas com os enfermeiros durante as atividades quinzenais que são desenvolvidas pela Comissão do Processo de Enfermagem (COMPEnf), iniciou-se o desenvolvimento do instrumento para nortear a realização da primeira etapa do PE.

A COMPEnf constitui-se de enfermeiros gestores e da assistência do HRO; e docentes representantes das três IES de Chapecó que oferecem curso de graduação em enfermagem, sendo elas UDESC, UFFS e UNOCHAPECÓ. Surgiu a partir da necessidade de implantação e implementação do PE e para se adequar a legislação vigente que prevê a implantação do PE em todos os serviços que prestam cuidados de enfermagem.

Contudo, o instrumento de coleta de dados ou histórico de enfermagem, assim definido em 2017, não apresentava uma sistematização fundamentada na teoria de Wanda Horta, exigindo da COMPEnf a atualização deste instrumento junto aos enfermeiros que atuam no setor de oncologia.

Mediante a atualização, definiu-se por utilizar a terminologia "Avaliação inicial de Enfermagem" para se reportar a este instrumento que contém todas as informações necessárias para conhecer o paciente, abordadas e registradas no seu prontuário. Esse instrumento já testado na prática clínica pelos enfermeiros que atuam no setor exigiu a (re)adequação de acordo com as necessidades apontadas pelos mesmos durante o GF. Para o desenvolvimento do instrumento, os integrantes consideraram a manutenção dos aspectos da teoria de enfermagem de Wanda de Aguiar Horta.

Na sequência, apresenta-se o instrumento de Avaliação Inicial de Enfermagem sistematizado e organizado de forma a facilitar a identificação dos DE e que passou a ser utilizado no setor de internamento oncológico.

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

| **DADOS GERAIS E DE SAÚDE** |
|---|
| Nome:____________________________________________Registro:_________________<br>Nome social: ______________________________________________________________<br>Gênero:________________________<br>Setor: Oncologia Leito:_________ Data da Internação:_________________________<br>Responsável pelas informações:_______________________________________________<br>Quem é a pessoa de referência:_________________________Contato: _______________<br>Responsável legal:___________________________ Contato:________________________<br>Ciente em relação aos casos de possíveis "golpe" via telefônico/whatsApp ( ) Sim ( ) Não<br>Doença de base:______________________________________________________________<br>Motivo da internação:_________________________________________________________ |
| **NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS:** |
| **História pregressa e atual** |
| Fez tratamento de saúde/medicamentoso (contínuo)/ terapias alternativas nos últimos 12 meses /Terapias alternativas<br>( ) Não ( ) Sim<br>Qual(ais): _______________________________________________________________________<br>Faz tratamento de saúde/medicamentoso (contínuo)/terapias alternativas<br>( ) Não ( ) Sim<br>Qual(ais): _______________________________________________________________________<br>( ) Quimioterapia/Fase do Tratamento: ____________________________________________<br>( ) Radioterapia/Fase do tratamento: ______________________________________________<br>Alergias ( ) Sim ( ) Não<br>Qual(ais):_______________________________________________________________________<br>Doença Crônicas ( ) Sim ( ) Não<br>HAS ( ) DM ( ) OUTRA ( ) Qual:_____________________________________________<br>Cirurgias anteriores ( ) Sim ( ) Não<br>Qual(ais)/Tempo:______________________________________________________________<br>Cirurgias Atual ( ) Sim ( ) Não Qual:_____________________________________________<br>Drenos ( ) Sim ( ) Não Qual(is):__________________________________________________<br>Vacinação nos últimos 12 meses ( ) Sim ( ) Não<br>Qual(ais) _______________________________________________________________________ |

Tabagismo ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo: ___________ Quantidade/dia: ______________
Ex-fumante/tempo: ____________________________________________________________
Alcoolismo ( ) Sim ( ) Não Tipo tempo:_________________________________________________
Quantidade/dia:_______________________________________________________________
Drogas ilícitas tipo/tempo:_____________________________________________________
Quantidade/dia:___________________
História familiar de câncer: ___________________________________________________

**Sono, repouso e conforto**

Alteração no padrão de sono ( ) Sim ( ) Não
Descreva: ____________________________________________________________________
Uso de medicação para dormir: ( ) Sim ( ) Não Fitoterápicos: ( )Sim ( )Não
Quais: _______________________________________________________________________
Relato de dor: ________________________________________________________________
Situação de dor: ( ) Inferior a 6 meses ( ) Superior a 6 meses
Característica: ______________________________________________________________
Localização: _________________________________________________________________
Intensidade: ( ) Leve ( ) Moderada ( )Intensa
Fator desencadeante: _________________________________________________________

**Neurológico e locomotor**

( ) Alerta ( ) Sonolência ( ) Orientado ( ) Desorientado
( ) Agitação psicomotora ( ) Torpor ( ) Obnubilação
Comunicação:_________________________________________________________
Avaliação motora: ( ) Normal ( ) Paresia ( ) Plegia
Caracterização: ( ) Hemi ( ) Para ( ) Tetra
Localização: ( ) Direito ( ) Esquerdo Membro______________________________________
Avaliação sensitiva: ( ) Normal ( ) Parestesia Local: _________________________________
Deambula: ( ) Sem auxilio ( ) Com auxilio ( ) Restrito ao leito ( ) Acamado
Descrever condições visuais e auditivas prévia: ______________________________________
Escala de Morse: _____( ) Baixo - 0 a 25 ( ) Moderado - 25 a 50 ( ) Alto - maior que 51

**Cardiorrespiratório**

( ) Eupneico ( ) Fadiga e ou fraqueza aos esforços ( ) Dispnéia ( ) Agitação ( ) Diaforese
( ) Uso aumentado da musculatura acessória
( ) Suporte ventilatório ( ) Cateter Nasal tipo óculos_____l/min
( ) Máscara de Ventury _____l/min_____%
( ) Máscara com reservatório ____l/min
( ) TQT____l/min Tipo: ( ) Metal ( ) Descartável Nº:_____
Saturação: ______

Ausculta Pulmonar: ( ) MV ( ) MV ↓ ( ) à esq. ( ) à Dir. ( ) Ápice ( ) Base
( ) Roncos ( )Sibilos ( ) Crepitações ( ) Estertores bolhosos
( ) Tosse ( ) Seca ( ) Produtiva ( ) Presença de secreção
Descrever:_______________________________________________
Ausculta Cardíaca: ( ) Normofonética ( ) Hiperfonética ( ) Hipofonética
( ) dois tempos ( ) sopro
Descrever: _______________________________________________
Pulso: [ ] Regular [ ] Irregular [ ] Cheio [ ] Fino

**Hidratação e Nutrição**

Peso atual:__________ Altura:___________
( ) Alteração recente de peso: _____Kg em _________________
Hábitos alimentares pregressos: ______________________________________
( ) Jejum Quantas horas: ____________________________________________
Motivo:_____________________________________________________
Descrever hábitos de hidratação (quanto ingere de água em ml): ________________
Alimentação oral adequada ( ) Sim ( ) Não
( ) Aversão ao alimento
( ) Intolerância(s): Descrever:__________________________________
( ) Gosto amargo na boca ( ) Salivação aumentada ( ) Xerostomia ( ) Tosse ( )Engasgo
( ) Outros: ______________________________________________
Náusea ( ) Sim ( ) Não
Vômitos ( ) Sim ( ) Não
Aspecto:_____________________________________________________
Fator desencadeante: _________________________________________
Frequência:___________________________________________________
( ) Nutrição enteral ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) SNE
( ) Nutrição parenteral
Tipo de dieta, volume e frequência: ___________________________________
Abdômen: ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Flácido ( ) Distendido
( ) Doloroso à palpação ( ) Indolor a palpação
Ausculta/RHA: ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados
Percussão: ( ) Timpânico ( ) Maciço ( ) Hipertimpânico

**Pele e mucosa**

Presença de lesão oral: ( ) Sim ( ) Não Qual:_____________________________
Alteração de turgor: ( ) pele ( ) língua
Língua saburrosa: ( ) Sim ( ) Não ( ) Higiene oral inadequada
( ) Aparelho ortodôntico ( ) Prótese dental
Outro(s)/Descrever: _____________________________________________

**Segurança**

( ) Normotérmico ( )Hipertermico ( ) Hipotermico ( ) Calafrios
Procedimento(s) invasivo(s): ________________________________________________
( ) Acesso venoso
Descrever: ________________________________________________
( ) Doença autoimune ( ) Imunodeficiência ( ) Imunossupressão
Descrever: ________________________________________________

**Eliminação urinária e intestinal**

Descrever eliminação urinária: ________________________________________________
Condição anterior: ________________________________________________
Condição atual: ________________________________________________
( ) Distensão vesical (globo vesical) ( ) Sensação de bexiga cheia ( ) Hematúria ( ) Piúria
( ) Sedimentos ( ) Oligúria ( ) Outros:________________________________________________
Uso de dispositivos: ________________________________________________
Descrever eliminação intestinal:
Condição anterior: ________________________________________________
Condição atual: ________________________________________________
( ) Constipação ( ) Diarreia ( ) Estomas/localização: ________________________________
( ) Outros:________________________________________________

**NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**

Ocupação/Atividade:____________________________
Com quem reside:______________________________
Tem filhos ( ) Sim ( ) Não
Número de filhos: ______________________________
( ) Mudança acentuada de comportamento ( ) Aceitação da doença
( ) Verbalização de perda de autonomia e ou independência
( ) Expressão de desesperança ( ) Verbalização de desejo de morrer
( ) Presenciar a evolução do processo de morte de outros pacientes
( ) Falta de privacidade/Descrever: ________________________________________________
Relato de: ( ) Ansiedade ( ) Choro ( ) Irritabilidade/Inquietação
Especificar:________________________________________________
Conhecimento insuficiente do paciente ( ) Sim ( ) Não
( ) Sobre história de saúde ( ) Sobre cuidados de saúde ( ) Sobre cuidados domiciliares
Descrever: ________________________________________________
Disposição do paciente em contribuir/auxiliar em seu tratamento ( ) Sim ( ) Não
Hábitos de lazer: ________________________________________________
Como o paciente se manifesta diante de sua situação de saúde (análise profissional):
________________________________________________
Relatos adicionais:________________________________________________

| NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS |
|---|
| Tem alguma crença? ___<br>Assistência religiosa: ( ) Sim ( ) Não De quem: ___ |
| **RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO** |
| Nome e Assinatura:___<br>COREN/SC:___<br>Assinatura do responsável pelas informações:___ |

Fonte: Instrumento desenvolvido pela COMPEnf com o apoio acadêmico de docentes/discentes dos cursos de graduação em enfermagem de Chapecó: UDESC, UFFS e UNOCHAPECÓ e enfermeiros da Unidade de Oncologia do HRO.

O paciente oncológico enfrenta inúmeras mudanças, tanto em seu contexto fisiológico quanto psicossocial ao dar início ao tratamento, tendo suas necessidades básicas prejudicadas. A teoria de Wanda Horta traz, entre os demais conceitos, cinco necessidades humanas básicas, expostas em maneira piramidal, sendo elas, da base para o topo: necessidades fisiológicas, necessidades de segurança e proteção, necessidades sociais, necessidades de estima e necessidades de autorrealização. Necessidades fisiológicas e de segurança são tidas como necessidades primárias, ou seja, aquilo que devemos preconizar ao prestar atendimento ao indivíduo, entretanto, as necessidades subsequentes, tidas como secundárias, não podem ser deixadas de lado.[10] Além das cinco necessidades humanas básicas esquematizadas por meio da pirâmide de Maslow, Horta também utiliza a categorização das necessidades em: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.[8]

De modo simplificado, Wanda Horta define a responsabilidade do enfermeiro como "fazer pelo paciente aquilo que ele não consegue fazer por si"[8]; a elaboração deste instrumento de coleta de dados leva em consideração o estabelecido em sua teoria, auxiliando o profissional na observação de quais necessidades estão mais prejudicadas, assim permitindo a elaboração de estratégias para melhorar a qualidade de vida do paciente, tendo em vista que a coleta de dados é a primeira etapa do PE e a eficácia de sua execução reflete em como as demais etapas serão realizadas.

Nesse sentido, a anamnese e o exame físico compreendem essa primeira etapa e são essenciais na avaliação para a assistência em enfermagem, permitindo identificar o fenômeno de saúde-doença do paciente.

Compreende-se que essa etapa cumpre papel relevante no contexto do PE, pois apresenta ou deve apresentar com clareza o quadro clínico do paciente, de modo que, sequencialmente, possibilite a identificação dos diagnósticos de enfermagem com acurácia e que se proponha intervenções, avaliando os resultados esperados para estas intervenções. Para a realização do exame físico, o enfermeiro examinador necessita de conhecimentos científicos em anatomia, fisiologia, fisiopatologia, diagnóstico por imagem, análises laboratoriais, patologia clínica e semiologia, sem os quais ele não conseguirá detectar plenamente os problemas identificados e que necessitam de sua intervenção. Ao fazer um acompanhamento sistematizado de enfermagem, deve-se valorizar não apenas o que está sendo dito pelo cliente, mas também a linguagem não verbal ao programar a assistência por meio de método científico e sistematizado de cuidar com vistas a prevenir, promover, proteger, recuperar e manter a saúde dos pacientes.[4] Cabe destacar que os métodos propedêuticos são fundamentais para a realização desta etapa e consistem na inspeção, palpação, percussão e ausculta.[4]

Na anamnese, é essencial a interação dos profissionais com a comunidade e entre si uma postura acolhedora e comprometida com os problemas dos indivíduos e de suas famílias, essencial para a coleta dos dados. No que tange a anamnese, de acordo com a teoria, é imprescindível que os profissionais enfermeiros estejam dispostos a aderir as estratégias responsáveis e inovadoras para acolher indivíduos que se encontram em situação de desamparo, não somente no âmbito da assistência à saúde, mas também em outros aspectos de caráter social, cultural e psicológico.[8]

A realização do exame físico pelo enfermeiro é uma etapa essencial da assistência prestada e deve ser executada de forma criteriosa, sistematizada, visando uma atuação profissional com base em evidência científica, com vistas a identificar problemas ou potenciais problemas através de uma avaliação clínica cuidadosa, tornando-se fundamental para a tomada de decisão e o desenvolvimento das ações do enfermeiro.

A realização da primeira etapa do PE confere ao enfermeiro a autonomia e empoderamento necessários para atuar na atenção hospitalar, mais especificamente no setor de oncologia e está atrelada ao conhecimento técnico científico dos enfermeiros. Um instrumento para avaliação inicial do paciente fortalece o raciocínio clínico do enfermeiro, permitindo a tomada de decisão acurada.

Nesse sentido, não cabe apenas a execução da coleta de dados, mas sim o registro adequado das informações coletadas, pois os registros de enfermagem são ferramentas importantes para a continuação da assistência prestada. Quando disponibilizamos de um registro adequado e de forma clara e objetiva, dispensa a duplicidade aos questionamentos realizados ao paciente, respaldando a equipe de enfermagem.

Os registros de enfermagem proporcionam a continuidade da assistência, pois fornecem informações escritas sobre a condição clínica de cada paciente, contribuindo para resolução de problemas ou detecção de novos problemas.[11] Para a resolução n. 514/2016 do COFEN, o registro de enfermagem garante a qualidade de informações que serão utilizados por toda a equipe de saúde da instituição. Ainda, a mesma resolução determina que o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, torna-se obrigatórios, independente do meio de suporte, seja ele tradicional ou eletrônico. A falta dos registros de Enfermagem causa um déficit no processo de comunicação refletindo na qualidade dos serviços.[12]

A resolução n. 429/2012 aponta sobre importância dos registros das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos específicos da enfermagem, independente do registro ser de forma tradicional (prontuário físico) ou de forma eletrônica.[5]

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerada de extrema importância, a avaliação inicial de enfermagem requer conhecimento, habilidade, responsabilidade e comprometimento do enfermeiro para um atendimento de qualidade, integral e holístico.

O desenvolvimento do instrumento de avaliação inicial de enfermagem constituiu-se em um produto, ação que possibilita a organização do raciocínio clínico dos enfermeiros. Momento que permite ao enfermeiro, além de coletar informações, emitir um julgamento clínico sobre a situação de saúde/doença do paciente, qualificando o registro das informações no prontuário.

O Instrumento, desenvolvido à luz da teoria de Wanda Horta, foi elaborado a partir das demandas oriundas do próprio setor de oncologia, envolvendo os enfermeiros que atuam clinicamente no setor, proporcionando momentos

de reflexão acerca do processo de cuidar considerando um perfil específico de pacientes, aproximação o instrumento desenvolvido à realidade vivenciada na prática assistencial da enfermagem.

## REFERÊNCIAS


1. Adamy EK, Zooche DAA, Almeida MA. Contribuição do processo de enfermagem para construção identitária dos profissionais de enfermagem. Rev. gaúch. enf. 2020; 41(esp):1-8. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143

2. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília; 2009 out. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

3. Santana RF. Sistematização da assistência de enfermagem: uma invenção brasileira? Rev. Enf. Atenção Saúde. 2020; 8(2):1-2. Disponível em: https://doi.org/10.18554/reas.v8i2.4249

4. Barros ALBL. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2022.

5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 429/2012. Dispões sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília; 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html

6. Garcia TR. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 2017. Porto Alegre: Artmed; 2018.

7. Thiollent MJM. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 2011.

8. Horta, W. A. Processo de Enfermagem.1 ed. São Paulo: EPU, 1979.

9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

10. Cheloni IG, Silva JVS, Souza CC. Necessidades humanas básicas afetadas em pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura. HU Rev. 2020; 46:1-11. DOI: 10.34019/1982-8047.2020.v46.29242. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/29242/20781

11. Barreto JJS, Coelho MP, Lacerda LCX, Fiorin BH, Mocelin HJS, Freitas PSS. Registros de Enfermagem e os desafios de sua execução na prática assistencial. REME Rev. min. enferm. 2019; 23:1-8. Disponível em: https://br.search.yahoo.com/search?fr=mcafee&type=E211BR1484G0&p=10.5935%2F1415-2762.20190082

12. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-0514/2016. Brasília; 2016 maio. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html

CAPÍTULO 3

# DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PREVALENTES EM PACIENTES COM NEOPLASIA GASTROINTESTINAL

*Carla Argenta*
*Patrícia Poltronieri*
*Edlamar Kátia Adamy*
*Tania Maria Tacca Zunkowski*
*Elisama Pricila Matzembacher*
*Elisangela Argenta Zanatta*

## INTRODUÇÃO

O câncer do trato gastrointestinal representa uma grande parcela do total das neoplasias, e está entre os cânceres que mais acometem a população em geral. A incidência deste tipo de câncer configura-se entre a quarta causa mais comum em termos de mortalidade e, o câncer de estômago, é caracterizado como a s egunda causa de óbitos por tumores malignos.[1] Tal contexto fisiopatológico, demanda do enfermeiro assistência especializada e encaminhamentos específicos de modo a intervir na evolução da doença.

Para isso, a fim de organizar e sistematizar o cuidado prestado a pacientes acometidos por esse tipo de câncer, o enfermeiro pode utilizar o Processo de Enfermagem (PE), como método de trabalho, poie é essencial para o raciocínio clínico e crítico e proporciona o planejamento e a organização sistemática do cuidado, em qualquer nível de assistência, quer seja ele na promoção da saúde, na prevenção, reabilitação ou tratamento de agravos.[2]

Para a execução do PE, pode-se utilizar os Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem (SLP) que favorecem a uniformidade dos registros e tornam a comunicação entre a equipe mais qualificada e segura.[3] Os SLP orientam a execução das cinco etapas do PE, tendo o Diagnóstico de Enfermagem (DE) como segunda etapa, e sendo essa imprescindível para o planejamento da assistência ao paciente. Cada DE é composto por título, definição, Características Definidoras (CDs), Fatores Relacionados (FR) ou Fatores de Risco (FRI) e alguns ainda por População em risco e Condições associadas[4]. Na prática, as CD indicam sinais e sintomas e os FR condiz à causa ou etiologia, com isso o DE provém do julgamento clínico realizado por meio de informações coletadas na primeira etapa do PE (Coleta de dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem) e das condições de saúde/doença do paciente.[4] O DE é de responsabilidade do enfermeiro e consiste no alicerce para a escolha das intervenções para alcançar os resultados esperados.[5]

Na oncologia, os DE contribuem de forma significativa na avaliação contínua das intervenções, pois essa etapa direciona a prática da assistência, permitindo acompanhar a evolução do paciente e a resposta dele frente ao tratamento. O uso dos DE é indicado para todos os cenários de prática do profissional enfermeiro. O emprego de um SLP para auxiliar na execução do PE tem contribuído significativamente para a assistência de enfermagem de qualidade e otimização da gestão e dos recursos financeiros.[6]

Cabe ao enfermeiro, que cuida de pacientes em tratamento oncológico, identificar os DE e relacioná-los ao tipo de câncer, como uma estratégia importante na classificação dos riscos e dos problemas vivenciados por eles, com vistas a promover a qualidade de vida dos pacientes por meio de intervenções que permitam atendê-los na sua integralidade. Os DE podem envolver os problemas e riscos vivenciados pelo paciente oncológico nas fases da doença, tratamentos e reabilitação.[7]

Com a prerrogativa da implantação e implementação do PE nos ambientes de cuidados de enfermagem, nota-se a importância do uso de um SLP para auxiliar na elaboração dos DE, etapa extremamente importante pois possibilita ao enfermeiro o desenvolvimento do raciocínio para identificá-los a partir da avaliação clínica do paciente e assim aplicá-los de maneira efetiva, e, com isso, atingir melhores resultados quanto aos cuidados prestados.[6] Assim, o DE o conduz

a identificar riscos ou problemas, e ampliar a visibilidade na tomada de decisões e de responsabilidade no contexto da prática assistencial.

Convém ressaltar que uma das finalidades dos DE como parte de um SLP de enfermagem é proporcionar ao profissional melhor comunicação entre a equipe, podendo assim, direcionar a assistência, bem como qualificá-la.[6] Considerando que o PE e os SLP apresentam-se como subsídios científicos para qualificar o cuidado em oncologia, traçar o perfil dos DE prevalentes em pacientes com câncer do trato gastrointestinal fornecerá evidências importantes para o planejamento do cuidado pelo enfermeiro. Sendo assim, objetivou-se identificar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco, com base na taxonomia *Nanda international* (NANDA-I) em pacientes com neoplasias gastrointestinais.

## DESENVOLVIMENTO

Para a identificação da prevalência dos DE, utilizou-se de um estudo transversal, documental com abordagem quantitativa. Foram explorados 23 prontuários de pacientes com neoplasia gastrointestinal que realizaram tratamento ou atendimento na unidade de oncologia em um hospital de referência em cancerologia do Oeste e Meio Oeste do Estado de Santa Catarina (SC), entre os meses de janeiro a agosto de 2018. Os dados foram coletados em instrumento próprio a partir das informações sobre o histórico de enfermagem e os DE registrados nos prontuários.

Os dados foram armazenados no *software Microsoft Office Excel*® versão 2010 e analisados pelo programa estatístico *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) *for Windows* versão 20.0 com análises descritivas. Para a associação de mais de três variáveis usou-se o teste não paramétrico *Wilcoxon*. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa local, sob parecer n. 1.836.351 de 25 de novembro de 2016.

A partir da análise e interpretação dos dados, evidenciou-se que, dos 23 prontuários, 14 (60,8%) eram de pessoas do sexo masculino e nove (39,1%) do sexo feminino, a idade predominante foi de 60 anos ou mais, totalizando 13 (56,5%) prontuários. Identificaram-se 30 DE diferentes os quais pertencem aos seguintes domínios: segurança e proteção (seis); eliminação e troca (cinco); atividade/

repouso (quatro); conforto (quatro); nutrição (três); promoção da saúde (dois); percepção/cognição (dois); princípios da vida (dois); autopercepção (um) e enfrentamento/tolerância ao estresse (um).

Importante salientar que os 30 diagnósticos arrolados foram utilizados em 134 situações clínicas diferentes, descritas nos 23 prontuários analisados. Cada prontuário de paciente apresentou mais do que um diagnóstico, uma média de 5,82 DE por paciente, o que justifica a quantidade ser maior que o número total de prontuários analisados e DE identificados, ou seja, para o cálculo da prevalência foi utilizado o N= 134.

A prevalência dos DE identificados nos prontuários dos pacientes estão descritos na Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição da frequência dos Diagnósticos de Enfermagem descritos nos prontuários de pacientes com neoplasia gastrointestinal. (N=134)

| **Diagnósticos de Enfermagem*** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| Risco de infecção | 21 | 15 |
| Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais | 19 | 14 |
| Risco de integridade da pele prejudicada | 15 | 11 |
| Conforto prejudicado | 10 | 8 |
| Mobilidade física prejudicada | 8 | 6 |
| Déficit no autocuidado alimentar, banho, higiene íntima e vestir | 8 | 6 |
| Risco de angústia espiritual | 7 | 5 |
| Constipação | 6 | 4 |
| Risco de constipação | 5 | 4 |
| Padrão de sono perturbado | 4 | 3 |
| Dor aguda | 3 | 2 |
| Ansiedade | 3 | 2 |
| Risco de quedas em adultos | 3 | 2 |
| Integridade da pele prejudicada | 3 | 2 |

| Diagnósticos de Enfermagem* | N | % |
|---|---|---|
| Fadiga | 2 | 2 |
| Risco de baixa autoestima situacional | 2 | 1 |
| Diarreia | 2 | 1 |
| Troca de gases prejudicada | 1 | 1 |
| Risco de nível de glicose no sangue instável | 1 | 1 |
| Prontidão para autogestão aprimorada da saúde | 1 | 1 |
| Diminuição do envolvimento de atividades diversivas | 1 | 1 |
| Dor crônica | 1 | 1 |
| Comunicação verbal prejudicada | 1 | 1 |
| Angústia espiritual | 1 | 1 |
| Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada | 1 | 1 |
| Náusea | 1 | 1 |
| Eliminação urinária prejudicada | 1 | 1 |
| Excesso de volume de fluido | 1 | 1 |
| Risco de confusão aguda | 1 | 1 |
| Recuperação cirúrgica retardada | 1 | 1 |

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

* Nomenclatura dos diagnósticos de enfermagem atualizados com a versão da NANDA I 2021-2023.

Os sinais e sintomas manifestados ou relatados por indivíduos, famílias, comunidades ou grupos dão suporte e acurácia para o enfermeiro na tomada de decisão e escolha dos DE e são descritos como características definidoras (CD). Ressalta-se que um DE pode apresentar uma ou mais CD e, quanto mais, maior é a acurácia diagnóstica. Na Tabela 2 estão descritas as CD.

**Tabela 2** – Distribuição da frequência das características definidoras. N=82

| Diagnósticos de Enfermagem (N)* | Características Definidoras | N | % |
|---|---|---|---|
| Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais (19) | Ingestão de alimentos menor que a porção diária recomendada | 10 | 66 |
| | Diarreia | 2 | 13 |
| | Perda de peso | 2 | 13 |
| | Incapacidade percebida de ingestão de alimentos | 2 | 8 |
| | | N=16** | 100 |
| Conforto prejudicado (9) | Alteração no padrão de sono | 7 | 41 |
| | Inquietação | 7 | 41 |
| | Incapacidade de relaxar | 1 | 12 |
| | Descontentamento com a situação | 1 | 6 |
| | | N=16** | 100 |
| Mobilidade física prejudicada (8) | Redução na amplitude de movimentos | 1 | 20 |
| | Desconforto | 1 | 20 |
| | Dispneia ao esforço | 1 | 20 |
| | Movimentos lentos | 1 | 20 |
| | Instabilidade postural | 1 | 20 |
| | | N=5** | 100 |
| Déficit no autocuidado alimentar, banho, higiene íntima e vestir (8) | Capacidade prejudicada de alimentar-se | 2 | 67 |
| | Incapacidade de secar o corpo | 1 | 33 |
| | | n=3** | 100 |

| Diagnósticos de Enfermagem (N)* | Características Definidoras | N | % |
|---|---|---|---|
| Constipação (6) | Incapacidade para defecar | 4 | 37 |
| | Abdome distendido | 3 | 27 |
| | Mudança no padrão intestinal | 3 | 27 |
| | Dor abdominal | 1 | 9 |
| | | N=11** | 100 |
| Padrão de sono perturbado (4) | Alteração no padrão de sono | 2 | 60 |
| | Despertar não intencional | 1 | 20 |
| | Insatisfação com o sono | 1 | 20 |
| | | N=4** | 100 |
| Dor aguda (3) | Expressão facial de dor | 3 | 100 |
| | | N=3** | 100 |
| Ansiedade (3) | Angústia | 2 | 50 |
| | Insônia | 1 | 25 |
| | Irritabilidade | 1 | 25 |
| | | N=4** | 100 |
| Integridade da pele prejudicada (3) | Alteração na integridade da pele | 2 | 100 |
| | | N=2** | 100 |
| Fadiga (2) | Sonolência | 1 | 34 |
| | Cansaço | 1 | 34 |
| | Aumento da necessidade de descanso | 1 | 33 |
| | | N=3** | 100 |

| Diagnósticos de Enfermagem (N)* | Características Definidoras | N | % |
|---|---|---|---|
| Diarreia (2) | Cólicas | 1 | 50 |
| | Mais que 3 evacuações de fezes líquidas em 24 h | 1 | 50 |
| | | N=2** | 100 |
| Troca de gases prejudicada (1) | Gases sanguíneos arteriais anormais | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |
| Prontidão para autogestão aprimorada da saúde (1) | Expressa desejo de melhorar escolhas da vida cotidiana para alcançar as metas | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |
| Atividade e recreação deficiente (1) | O local atual não possibilita envolvimento em atividades | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |
| Dor Crônica (1) | Expressão facial de dor | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |
| Comunicação verbal prejudicada (1) | Dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |
| Angústia espiritual (1) | Choro | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |
| Náusea (1) | Gosto amargo na boca | 1 | 34 |
| | Salivação aumentada | 1 | 33 |
| | Sensação de vontade de vomitar | 1 | 33 |
| | | N=3** | 100 |
| Eliminação urinária prejudicada (1) | Frequência | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |

| Diagnósticos de Enfermagem (N)* | Características Definidoras | N | % |
|---|---|---|---|
| Volume de líquidos excessivo (1) | Edema | 1 | 50 |
| | Oligúria | 1 | 50 |
| | | N=2** | 100 |
| Recuperação cirúrgica retardada (1) | Evidências de interrupção na cicatrização da área cirúrgica | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

* Número de vezes que o diagnóstico de enfermagem apareceu na análise dos 23 prontuários.
** Número de vezes que a característica definidora foi descrita nos prontuários.

Os fatores relacionados (FR) contextualizam as CD e são componentes que integram todos os DE. Caracterizam-se por apresentarem as etiologias, as circunstâncias, os fatos ou as influências para os DE. Na Tabela 3, estão descritas os FR.

**Tabela 3** – Distribuição da frequência dos fatores relacionados para os diagnósticos de enfermagem. N= 94

| Diagnósticos de Enfermagem (N)* | Fatores Relacionados | Frequência | % |
|---|---|---|---|
| Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais (9) | Ingestão alimentar insuficiente | 17 | 89 |
| | Incapacidade de absorver nutrientes | 2 | 11 |
| | | N=19** | 100 |
| Conforto prejudicado (9) | Privacidade insuficiente | 9 | 53 |
| | Sintomas relativos à doença | 8 | 47 |
| | | N=17** | 100 |
| Mobilidade física prejudicada (8) | Força muscular diminuída | 5 | 56 |
| | Agente farmacológico | 5 | 22 |
| | Dor | 2 | 22 |
| | | N=12** | 100 |

| Diagnósticos de Enfermagem (N)* | Fatores Relacionados | Frequência | % |
|---|---|---|---|
| Déficit no autocuidado alimentar, banho, higiene íntima e vestir (8) | Fraqueza | 6 | 67 |
| | Alteração na função cognitiva | 2 | 22 |
| | Mobilidade prejudicada | 1 | 11 |
| | | N=9** | 100 |
| Constipação (6) | Mudança nos hábitos alimentares | 4 | 50 |
| | Hábitos de evacuação irregulares | 3 | 37 |
| | Ingestão insuficiente de líquidos | 1 | 13 |
| | | N=8** | 100 |
| Padrão de sono perturbado (4) | Barreira ambiental (local não familiar) | 3 | 60 |
| | Barreira ambiental (ruído ambiental) | 1 | 20 |
| | Barreira ambiental (exposição a luz) | 1 | 20 |
| | | N=5** | 100 |
| Dor aguda (3) | Agente lesivo | 3 | 100 |
| | | N=3** | 100 |
| Ansiedade (3) | Crise situacional | 3 | 75 |
| | Mudança importante | 1 | 25 |
| | | N=4** | 100 |

| Diagnósticos de Enfermagem (N)* | Fatores Relacionados | Frequência | % |
|---|---|---|---|
| Integridade da pele prejudicada (3) | Alteração no turgor da pele | 2 | 67 |
| | Fator mecânico | 1 | 33 |
| | | N=3** | 100 |
| Fadiga (2) | Condição fisiológica | 2 | 100 |
| | | N=2** | 100 |
| Diarreia (2) | Infecção | 1 | 50 |
| | Regime de tratamento | 1 | 50 |
| | | N=2** | 100 |
| Troca de gases prejudicada (1) | Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |
| Atividade e recreação deficiente (1) | Atividades de recreação insuficientes | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |
| Dor Crônica (1) | Agente lesivo | 1 | 50 |
| | Desnutrição | 1 | 50 |
| | | N=2** | 100 |
| Comunicação verbal prejudicada (1) | Regime de tratamento | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |
| Angústia espiritual (1) | Aumento da dependência de outro | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |
| Náusea (1) | Tumores intra-abdominais | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |

| Diagnósticos de Enfermagem (N)* | Fatores Relacionados | Frequência | % |
|---|---|---|---|
| Eliminação urinária prejudicada (1) | Múltiplas causas | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |
| Volume de líquidos excessivo (1) | Mecanismo regulador comprometido | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |
| Recuperação cirúrgica retardada (1) | Contaminação no sítio cirúrgico | 1 | 100 |
| | | N=1** | 100 |

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

* Número de vezes que o diagnóstico de enfermagem apareceu na análise dos 23 prontuários.
** Número de vezes que o fator relacionado foi descrito nos prontuários.

Os fatores de risco (FRI) são caracterizados pela influência que aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos, famílias, grupos, comunidade a um ou mais eventos ou elementos não saudáveis, que podem causar algum problema para a saúde. Cada paciente pode apresentar mais que um fator de risco, dependendo do problema. Na Tabela 4 estão descritos os FRI.

**Tabela 4** – Distribuição da frequência dos fatores de risco para os diagnósticos de enfermagem. N=110

| Diagnósticos de Enfermagem (N)* | Fatores de Risco | Frequência | % |
|---|---|---|---|
| Risco de Infecção (21) | Procedimento invasivo | 17 | 36 |
| | Alteração na integridade da pele | 13 | 28 |
| | Enfermidade crônica | 10 | 21 |
| | Desnutrição | 5 | 11 |
| | Imunossupressão | 2 | 4 |
| | | N=47** | 100 |

| Diagnósticos de Enfermagem (N)* | Fatores de Risco | Frequência | % |
|---|---|---|---|
| Risco de Integridade da pele Prejudicada (15) | Nutrição inadequada | 9 | 53 |
| | Alteração no turgor da pele | 8 | 47 |
| | Hidratação | | |
| | Excreções | | |
| | Agente farmacológico | | |
| | Fatores mecânicos | | |
| | | N=17** | 100 |
| Risco de angústia espiritual (7) | Enfermidade física | 7 | 50 |
| | Enfermidade crônica | 7 | 50 |
| | | N=14** | 100 |
| Risco de constipação (5) | Ingestão insuficiente de fibras | 5 | 50 |
| | Ingestão insuficiente de líquidos | 5 | 50 |
| | | N=10** | 100 |
| Risco de queda (3) | Idade ≥ 65 anos | 3 | 50 |
| | Material antiderrapante insuficiente | 1 | 17 |
| | Ausência de sono | 1 | 16 |
| | Dificuldades na marcha | 1 | 16 |
| | | N=6** | 100 |
| Risco de baixa autoestima situacional (2) | Doença física | 2 | 75 |
| | Alteração na imagem corporal | 1 | 25 |
| | | N=3** | 100 |

| Diagnósticos de Enfermagem (N)* | Fatores de Risco | Frequência | % |
|---|---|---|---|
| Risco de glicemia instável (1) | Ingestão alimentar insuficiente | 1 | 100 |
| | | n=1** | 100 |
| Risco de mucosa oral prejudicada (1) | Nutrição inadequada | 1 | 50 |
| | Quimioterapia | 1 | 50 |
| | | N=2** | 100 |
| Risco de confusão aguda (1) | Alteração no ciclo sono-vigília | 1 | 100 |
| | | n=1** | 100 |

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

* Número de vezes que o diagnóstico de enfermagem apareceu na análise dos 23 prontuários.
** Número de vezes que o fator de risco foi descrito nos prontuários.

Na prática de enfermagem, frequentemente, nota-se a priorização das necessidades relacionadas aos aspectos psicobiológicos, que interferem no funcionamento do organismo do paciente.[7]

O domínio da NANDA-I que predominou, corresponde a Segurança e Proteção (domínio 11) que está diretamente relacionado ao estar livre de perigo, dano ao sistema imunológico, proteção da segurança e a ausência de perigos.[4]

Neste domínio integram DE que dizem respeito a classes como lesão física, riscos ambientais, processos defensivos e a termorregulação, predominando a classe de lesão física relacionando-se a danos ou ferimentos no corpo. O fato de a seleção concentrar-se nesse diagnóstico e nessa classe deduz-se por associar-se as ações de enfermagem com as necessidades eminentes dos pacientes oncológicos, relacionando-as aos resultados esperados. O tratamento ao paciente oncológico, por vezes, é rígido, contudo, exige do profissional enfermeiro o raciocínio clínico, com vistas a atender as necessidades de saúde do indivíduo, de maneira a prevenir complicações e proteger a sua saúde, o que justifica a diversidade de DE selecionados dos demais domínios.

Outro domínio de predominância foi o de nutrição que corresponde aos DE da classe de ingestão, digestão, absorção, metabolismo e hidratação.[4] A nutrição do paciente oncológico pode ficar comprometida no decorrer da doença,

sendo mais comum a identificação da desnutrição calórica e proteica, ocasionada pela redução do apetite, diminuição da ingestão dos alimentos, dificuldades mecânicas para mastigar e deglutir alimentos, efeitos colaterais do tratamento e jejuns prolongados para exames pré ou pós-operatórios.[8]

A identificação de um DE pode estar relacionada a um risco potencial, um estado de promoção de saúde ou pode ser focado em um problema.[11] Neste estudo, pôde-se observar uma prevalência no diagnóstico de risco, o qual incita intervenções preventivas.

Os DE com foco do problema dizem respeito a uma resposta humana indesejável, a uma condição de saúde/processo de vida existente em uma pessoa, família, grupo e/ou sociedade. Já os DE de risco condizem com as vulnerabilidades do indivíduo, família, grupo ou sociedade, e para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável às condições de saúde/processos de vida. E os DE de promoção à saúde estão relacionados à motivação e desejo de aumentar o bem-estar e alcançar o potencial humano de saúde.[4]

Os estudos de prevalência de DE tiveram uma contribuição positiva para a prática do enfermeiro na assistência, facilitando o planejamento das ações de enfermagem prioritárias para uma determinada população[9,10,11] No presente estudo, os diagnósticos prevalentes foram o de Risco de Infecção, Nutrição Desequilibrada menor que as necessidades Corporais, Risco de Integridade da pele Prejudicada e Conforto Prejudicado.

Considerando os resultados apresentados, o DE **risco de infecção** definido como "suscetibilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde"[4] foi identificado em 21 (15%) dos prontuários, destes seis com CA estômago; cinco com CA de reto; quatro com CA de cólon; dois com CA de fígado, um com CA de pâncreas, um com CA de esôfago, um com CA de vesícula biliar e um com CA de vias biliares intra-hepáticas.

O DE risco de infecção é o mais presente em pacientes hospitalizados, devido a diversos fatores no processo de hospitalização, demandando atitude preventiva que deve orientar as ações da enfermagem no plano de cuidado, levando em consideração sua interconexão com demais DE.[12] No presente estudo, o risco de infecção esteve associado aos fatores de risco (procedimento invasivo, alteração da integridade da pele, enfermidade crônica, desnutrição e imunossupressão).

O trato gastrointestinal, especialmente do intestino, participa ativamente da proteção do organismo contra infecções, responsabilizando-se pela síntese

de substratos utilizados como barreira contra microrganismos nocivos. A instabilidade na microbiota desse sistema é responsável pelo prejuízo da capacidade digestiva, absortiva e protetora, permitindo o fluxo de toxinas por meio do intestino, que podem resultar em uma maior carga de infecção e maiores danos[12] como também pelos efeitos sistêmicos ocasionados pela quimioterapia comprometendo o sistema imune.[11] Tal déficit imunitário ocorre devido à diminuição transitória na contagem de leucócitos, imposta aos efeitos citotóxicos que o tratamento quimioterápico proporciona.[13]

O DE **Nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais** é definido como "ingestão de nutrientes insuficiente para satisfazer às necessidades metabólicas"[5] foi identificado em 19 (14%) dos prontuários analisados. Destes, sete pacientes com CA de estômago; quatro com CA de reto; dois com CA de cólon e pâncreas e um com CA de vesícula biliar, fígado, esôfago, ânus e canal anal.

As características definidoras identificadas para esse DE foram: ingestão de alimentos menor que a porção diária recomendada, diarreia, perda de peso, incapacidade percebida de ingestão de alimentos. Os fatores relacionados foram: ingestão alimentar insuficiente e incapacidade de absorver nutrientes.

A identificação deste DE possui relação com o tipo de neoplasia, localização e tratamento em curso, podendo ocorrer a diminuição da ingesta de nutrientes e provocar uma perda e alteração no metabolismo.[11] É pela nutrição que o indivíduo obtém os elementos necessários para consumo e utilização biológica de energia e nutrientes em nível celular, com o propósito de manutenção da saúde e da vida.[13]

A abordagem nutricional possui grande relevância em pacientes com câncer pois a maioria apresenta desnutrição calórico-proteica. Situação justificada pelo desequilíbrio entre a ingestão e as necessidades nutricionais desses pacientes, afetando seu estado nutricional, o que acende aumento da morbimortalidade por câncer e favorecimento da caquexia, uma das complicações mais perceptíveis no paciente com neoplasia maligna.[15]

O terceiro DE prevalente foi **risco de integridade da pele prejudicada**, definido como "suscetibilidade a alteração na epiderme e/ou derme que pode comprometer a saúde"[4] foi identificado em 15 (11%) dos prontuários analisados, sendo cinco com CA de reto; três com CA de cólon; três com CA de estômago; dois com CA de fígado; um com CA de vesícula biliar; um com CA de vias biliares intra-hepáticas. Os fatores de risco identificados para esse DE foram: nutrição

desequilibrada, alteração no turgor da pele, hidratação, excreções, agente farmacológico e fatores mecânicos.

Estudo[14] com pacientes oncológicos indica que, de modo geral, as lesões cutâneas de maior prevalência em pacientes oncológicos críticos, são as lesões por pressão (LPP). O enfermeiro, ao avaliar o paciente, deve reconhecer a própria neoplasia como potencial fonte causadora de comprometimento sistêmico, e fator potencializador para as LPP, reconhecendo os estadiamentos da LPP, fatores de cisalhamento, nutrição e perfusão.

A necessidade de hidratação representa a manutenção em nível ótimo dos líquidos corporais dos indivíduos, compostos principalmente pela água, a fim de favorecer o metabolismo corporal.[13] Outro estudo[19] evidenciou que 16,7% dos pacientes oncológicos, de modo geral, apresentavam o diagnóstico de risco de integridade da pele prejudicada e como fatores de risco o emagrecimento e pele com turgor diminuído.

O DE **conforto prejudicado** é definido como "percepção de falta de conforto, de alívio ou de transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social" [5] foi identificado em dez prontuários (8%), presente em três casos de CA de reto; e três casos de CA de estômago; um caso de CA de cólon; um caso de CA pâncreas; um caso de CA fígado e um caso de CA de vias biliares intra-hepáticas. O DE conforto prejudicado e as características definidoras para esse DE foram alteração no padrão de sono, inquietação, incapacidade de relaxar, descontentamento com a situação. Os fatores relacionados contemplaram (privacidade insuficiente e sintomas relativos à doença).

Em estudo de validação,[15] as CD inquietação, incapacidade de relaxar, padrão de sono estavam presentes em pacientes em cuidados paliativos na oncologia, corroborando com o presente estudo que identificou a prevalência do DE Conforto Prejudicado e suas respectivas CD.

O conforto do paciente é considerado primordial para a sua recuperação, já que pode ser compreendido como bem-estar físico e mental. A compreensão de conforto engloba calma, tranquilidade, satisfação, alívio, não possuir desconforto, e transcende a superação da dor.[12]

O PE, na prática assistencial, mostra-se como um método de organização do trabalho e da assistência de enfermagem. A aplicabilidade da etapa dos DE por meio de um SLP de enfermagem é uma estratégia desafiante, pois rompe com o empirismo e alavanca o avanço da profissão com a prática baseada em evidência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PE, na prática assistencial, mostra-se como um método de organização do trabalho e da assistência de enfermagem e os DE asseguram a tomada de decisão para a prática do enfermeiro na assistência, facilitando o planejamento das ações de enfermagem prioritárias para os pacientes com câncer. Os DE prevalentes, bem como os FR, as CD e os FRI tiveram relação com os tipos de cânceres identificados nos prontuários analisados para este estudo. A identificação dos DE instiga o enfermeiro a desenvolver e aperfeiçoar o raciocínio crítico e clínico, conduzindo-o a identificar riscos e problemas, ampliando a visibilidade na tomada de decisão e, por conseguinte, responsabilizando-o quanto a prática assistencial.

Alguns dos DE identificados não obtinham estudos relacionados com a neoplasia gastrointestinal. Destaca-se, ainda, que este estudo sinaliza registros apropriados da assistência de enfermagem, indicando a possibilidade de futuros estudos comparativos e longitudinais da prevalência e incidência dos DE em pacientes oncológicos.

A incipiência de estudos publicados na área de oncologia gastrointestinal relacionada ao PE dificultou as discussões e espera-se que este estudo estimule a realização de novas pesquisas.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [homepage na internet]. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all [Acesso em: 04 fev 2020]. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745;jsessionid=2722B5EBF3812CFF2E489833DF9EE9A8

2. Carvalho FS, Barcelos KL. Sistematização da assistência de enfermagem: Vivências e desafios de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. Revista Brasileira de Ciências da Vida. 2017; 5(2):21-5. Disponível em: http://jornal.faculdadecienciasdavida.com.br/index.php/RBCV/article/view/170/81

3. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do Processo de Enfermagem: Fundamentos para o Raciocínio Clínico. Tradução: Garcez RM. 8. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

4. Herdman, T. H.; Kamitsuru, S.; Lopes, C. T. (org.). Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2021-2023. Porto Alegre: Artmed, 2021.

5. Carpenito LJ. Manual de Diagnósticos de Enfermagem. 15. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

6. Bitencourt JVOV, Adamy EK, Argenta C, (org.). Processo de enfermagem: história e teoria [Internet]1. ed. Chapecó: UFFS; 2020 [Acesso em: 28 fev 2020]. Disponível em: https://sistemabu.udesc.br/pergamumweb/vinculos/000081/000081d1.pdf

7. Silva VR, Velasque LS, Tonini T. Job satisfaction in an oncology nursing team. Revista Brasileira de Enfermagem. 2017; 70(5):988-95. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0422

8. Brito KCFV, Souza SR. As necessidades de cuidado do cliente oncológico hospitalizado: aplicação da taxonomia NANDA. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J.). 2017; 9(2):327-32. Disponível em: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.327-332

9. Vieira, NF, Santos MR, & Puggina, AC. Prevalência do diagnóstico de enfermagem "Comunicação verbal prejudicada" nas unidades de um hospital privado. Enferm. Foco. 2019; 10(3), 46-51. Disponível em: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2577

10. Silva CDT, Menezes HFD, Santos RSDC, Góis MMDCD, Moreira OAA, Silva RARD. Prevalência do diagnóstico de enfermagem Mobilidade Física Prejudicada em pessoas com esclerose múltipla. Rev. Enfermagem UERJ. 2019; 27: 1-9. Disponível em: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.44079

11. Silva MR, Silva DO, Santos TI, Oliveira PP, Rodrigues AB, Barbosa DA. Mapeamento dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de uma unidade oncológica. Revista Enfermagem UERJ. 2017; 25:2-6. Disponível em: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.15133

12. Silva IB, Morais VG, Andrade PR, Silva VCC, Sousa MF. Perfil nutricional de pacientes oncológicos em duas instituições hospitalares: série de casos. Brazilian Journal Of Development. 2020; 6(9):68447-59. Disponível em: http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n9-330

13. Xavier ECL, Correa Junior AJS, Carvalho MMC, Lima FR, Santana ME. Diagnósticos de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos segundo diagrama de abordagem multidimensional. Enferm. Foco. 2019; 3(10):152-7. Disponível em: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2109

14. Sousa R, Santo FHE, Santana RF, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematólogicos: mapeamento cruzado. Esc. Anna Nery. 2015; 19(1): 54-65. Disponível em: https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150008

15. Gonçalves MCS, Brandão MAG, Duran ECM. Validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em oncologia. Acta Paulista de Enfermagem. 2016; 29(1):115-24. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600016

CAPÍTULO 4

# MATRIZ DE DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO: UMA TECNOLOGIA ASSISTENCIAL

***William Campo Meschial***
***Priscila Biffi***
***Carla Argenta***
***Cauana Gasparetto***
***Fernanda Pereira***
***Carolina Kreuzberg***

## INTRODUÇÃO

Desde o século XIX, a enfermagem vem evoluindo enquanto ciência, porém, integralizar o cuidado ainda constitui um desafio para os profissionais da área.[1] Nesse sentido, muitos conhecimentos técnico-científicos sistemáticos foram produzidos pela enfermagem, com destaque para o Processo de Enfermagem (PE), que pode ser definido como uma ferramenta utilizada para as ações do cuidado. A operacionalização do PE permite ao enfermeiro apreender os problemas de saúde, elencar diagnósticos, planejar e implementar ações e avaliar os resultados.[2]

O modelo de assistência de enfermagem, orientado pelo PE, valoriza o planejamento das ações, das intervenções, da avaliação e das metas específicas traçadas para cada usuário. Nessa perspectiva, pode-se considerá-lo como um instrumento para guiar decisões clínicas aos enfermeiros. A documentação de enfermagem nos serviços de saúde, quando estruturada segundo o PE, permite estimar como o cuidado é operacionalizado pela equipe de enfermagem.[3]

O PE permite facilitar a troca de informações entre enfermeiros e equipe. Pode ser também descrito como instrumento organizacional, estratégico e tecnológico de implementação da *práxis*, visto que a enfermagem tem como foco de estudos e práticas, o cuidado integral e individual dos usuários, utilizando-se de tecnologias, somadas às relações interpessoais, a fim de organizar e planejar as demandas gerenciais e científicas do cuidado.[4]

Nesse contexto, buscou-se explorar as tecnologias de cuidado implementadas no Hospital Regional Oeste (HRO), considerado um serviço de nível terciário de referência para região Oeste do estado de Santa Catarina (SC). Trata-se de um hospital filantrópico, pautado na política pública de saúde, que foi inaugurado em 1986. A enfermagem, nesta instituição, faz-se presente na assistência embasada em uma metodologia científica-assistencial, que privilegia três etapas: levantamento de dados, execução e evolução.

No ano de 2014, devido a uma necessidade de ampliação de conhecimentos tecnológicos-científicos no HRO, buscou-se desenvolver um instrumento que favorecesse o cuidado, de modo a organizar as condições necessárias à realização da assistência e documentar a prática profissional. Havia a necessidade ainda de um modelo metodológico que possibilitasse identificar, compreender, descrever, explicar ou antever as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, determinando os aspectos dessas necessidades que exigem uma intervenção profissional.

Compreendendo a necessidade de apoiar um cuidado científico, as Instituições de Ensino Superior (IES) locais, que ofertavam o curso de Graduação em Enfermagem (Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS e Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó) uniram-se com formação de grupos de trabalhos para apoiar a implantação/implementação do PE no HRO e demais instituições membros da Associação Lenoir Vargas Ferreira (ALVF), pactuando as interfaces do PE na formação e serviço, denominada Comissão do Processo de Enfermagem (COMPEnf).

A radioterapia e a Unidade de Terapia Intensiva Geral (UTI) foram as unidades de escolha para execução do projeto piloto. A implementação do PE na radioterapia e UTI, por meio do uso dos Sistemas de Linguagens Padronizadas (SLP) *Nanda International* (NANDA I)[5] que abordam os Diagnósticos de

Enfermagem (DE), *Nursing Outcome Classification* (NOC)[6], os quais propõem resultados e *Nursing Intervention Classification* (NIC)[7] intervenções de enfermagem, foi exitosa e se destacou pelas ações dos profissionais de enfermagem a partir dos pressupostos da Educação Permanente em Saúde.

A terceira unidade de atuação foi o setor de Oncologia, referência em alta complexidade em quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica. Nos grupos de trabalho, participavam enfermeiros do setor, docentes e discentes das IES, os quais eram apoiados também pela direção de enfermagem, enfermeira da educação permanente e presidente da COMPEnf. Foram criados subgrupos compostos minimamente por um enfermeiro das unidades oncológicas, um professor e um aluno. Objetivou-se criar o Histórico de Enfermagem (HE) através dos domínios de NANDA I[5] e, com o avançar dos encontros, buscou-se elencar os Diagnósticos de Enfermagem (DE) focando o perfil dos pacientes, bem como, as ligações sistemáticas de NANDA-I,[5] NOC[6] e NIC.[7]

Os objetivos deste capítulo são: apresentar a tecnologia assistencial do tipo matriz contendo diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para pacientes em tratamento oncológico; apresentar o perfil de diagnósticos de enfermagem selecionados para pacientes atendidos no setor de oncologia; apresentar a ligação entre diagnósticos, intervenções e resultados selecionados a partir do raciocínio clínico e diagnóstico de enfermeiros, docentes e estudantes.

## DESENVOLVIMENTO

A apresentação da tecnologia assistencial do tipo matriz se dá a partir dos diagnósticos de enfermagem com base nos domínios da NANDA-I.[5] As ligações foram organizadas em quadros e cores sendo: azul – diagnósticos de enfermagem, verde – resultados e indicadores de enfermagem e amarelo – intervenções e atividades de enfermagem (Quadros 1 a 10).

**Quadro 1**– Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao Domínio 1 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Engajamento diminuído em atividades de recreação**<br>Definição: Estimulação, interesse ou participação reduzidos em atividades recreativas ou de lazer. | | **Adaptação a mudança**<br>Definição: Resposta emocional e comportamental adaptativa de um indivíduo com a função cognitiva intacta a uma mudança necessária no ambiente de vida. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| O local atual não possibilita engajamento em atividades. | Humor alterado | Reconhece o motivo da mudança no ambiente de vida | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Mobilidade física prejudicada | Tédio | Expressa satisfação com a rotina diária | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Expressa descontentamento com situação | Demonstra humor positivo | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Mantém relações positivas com outras pessoas no novo ambiente (p. ex. hospitalar) | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Melhora da Auto Eficácia**<br>Definição: Fortalecimento da confiança do indivíduo em sua própria capacidade de realizar um comportamento de saúde. | Auxiliar o paciente a identificar e obter os recursos necessários para a atividade desejada. |
| | Encorajar a participação em atividades ou terapias de grupo, conforme apropriado. |
| | Reunir-se com o nutricionista para determinar a ingestão calórica diária necessária para atingir e/ou manter o peso alvo. |
| | Permitir a participação da família nas atividades conforme apropriado. |

<table>
<tr><th colspan="1">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td rowspan="4">Terapia recreacional<br>Definição: Uso intencional de atividades recreacionais para melhorar a independência e as habilidades sociais, bem como reduzir ou eliminar os efeitos de doença ou incapacidade</td><td colspan="4">Auxiliar a explorar o significado pessoal das atividades recreacionais favoritas.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Incluir o paciente no planejamento das atividades recreacionais.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Fornecer atividades recreacionais voltadas para reduzir a ansiedade (p. ex., jogos de cartas, quebra-cabeças).</td></tr>
<tr><td colspan="4">Monitorar a resposta emocional, física e social a atividade recreacional.</td></tr>
<tr><td>Disposição para autogestão da saúde melhorada<br>Definição: Padrão de manejo satisfatório de sintomas, regime de tratamento, consequências físicas, psicossociais e espirituais e mudanças no estilo de vida inerentes a viver com uma condição crônica, que pode ser fortalecido.</td><td colspan="4">Aceitação: estado de saúde<br>Definição: ações pessoais para aceitar mudanças significativas na situação de saúde.</td></tr>
<tr><th>Características Definidoras</th><th>Indicadores</th><th>Basal</th><th>Esperado</th><th>Obtido</th></tr>
<tr><td>Expressa desejo de melhorar as escolhas da vida diária para atingir metas de saúde</td><td>Reconhece a realidade da situação de saúde</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td></td><td>Enfrenta a situação de saúde</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><th>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Melhora da Auto Eficácia<br>Definição: Fortalecimento da confiança do indivíduo em sua própria capacidade de realizar um comportamento de saúde.</td><td colspan="4">Explorar a percepção do indivíduo quanto aos benefícios alcançados ao executar o comportamento desejado.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Identificar a percepção do indivíduo quanto aos riscos implicados em não executar o comportamento desejado.</td></tr>
</table>

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | RESULTADO DE ENFERMAGEM |
|---|---|
| **Comportamentos ineficazes de manutenção da saúde**<br>Definição: Manejo de práticas, atitudes e conhecimento de saúde, subjacentes a ações de saúde, que é insatisfatório para manter ou melhorar o bem-estar, ou prevenir doenças e lesões. | **Conhecimento: Regime de Tratamento**<br>Definição: Extensão da compreensão sobre um regime de tratamento específico. |

| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
|---|---|---|---|---|---|
| Disfunção cognitiva | Compromisso inadequado com um plano de ação. | Processo específico da doença | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Estratégias de enfrentamento ineficazes | Interesse inadequado em melhorar a saúde. | Benefícios do tratamento | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Habilidades de comunicação ineficazes. | Conhecimento inadequado sobre práticas básicas de saúde. | Responsabilidades de autocuidado para o tratamento em curso | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Suporte social inadequado. | Falha em agir de forma a prevenir problemas de saúde. | Técnicas de automonitoramento | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Dieta prescrita | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Benefícios do controle da doença | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Melhora do sistema de apoio**<br>Definição: Facilitação de suporte ao paciente pela família, amigos e comunidade. | Envolver a família, pessoa(s) significativa(s) e amigos no cuidado e planejamento. |
| **Melhora da disposição para aprender**<br>Definição: Melhora da capacidade e disposição para receber informações. | Monitorar o nível de orientação/confusão do paciente. |
| | Monitorar o estado emocional do paciente. |
| | Dar tempo ao paciente para fazer perguntas e discutir preocupações. |
| | Responder às preocupações específicas do paciente, conforme apropriado. |
| | Auxiliar o paciente a perceber que existem opções de tratamento, como apropriado. |
| | Auxiliar o paciente a perceber a suscetibilidade a complicações, como apropriado. |

**Quadro 2** – Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao Domínio 2 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Deglutição Prejudicada**<br>Definição: Funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a déficits na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica. | | **Estado de deglutição**<br>Definição: Passagem segura de líquidos e/ou sólidos da boca até o estomago. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Atenção alterada | Mastigação inadequada | Mantém o alimento na boca | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Problema de comportamento alimentar | Acúmulo de bolo alimentar nos sulcos laterais | Refluxo gástrico | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Desnutrição proteico-calórica | Ação ineficaz da língua na formação do bolo alimentar | Refluxo de vômito | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Comportamento de autolesão | Engasgos antes de engolir | Capacidade de mastigação | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Posição da cabeça alterada | Tosse | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Asfixia antes de deglutir | Engasgo | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Deglutição repetitiva | Capacidade de esvaziar a cavidade oral | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Dificuldade para deglutir | Reflexo de deglutição adequado | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Recusa do alimento | Mantém posição neutra da cabeça e do tronco | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Tosse | | | | |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Melhora da Auto Eficácia**<br><br>Definição: Fortalecimento da confiança do indivíduo em sua própria capacidade de realizar um comportamento de saúde. | Monitorar o nível de consciência, reflexo de tosse, reflexo de vômito e capacidade de deglutição. |
| | Investigar disfagia, conforme apropriado. |
| | Minimizar o uso de narcóticos e sedativos. |
| | Monitorar o estado pulmonar |
| | Posicionar a cabeceira igual ou maior que 30° (alimentação nasogástrica) até 90° ou o mais alto possível. |
| | Manter a cabeceira da cama elevada de 30 a 45 minutos após a alimentação. |
| | Manter o equipamento de aspiração disponível. |
| | Supervisionar ou auxiliar durante a alimentação, conforme necessário. |
| | Fornecer pequenas porções de comida. |
| | Verificar o posicionamento do cateter nasogástrico ou da gastrostomia antes de iniciar a dieta. |
| | Cortar ou macerar os comprimidos antes da administração. |
| | Inspecionar a cavidade oral quanto a resíduos alimentares ou quanto medicamento. |
| | Proporcionar cuidados orais. |
| | Sugerir consulta com um fonoaudiólogo, conforme apropriado. |

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Deglutição Prejudicada<br>Definição: Funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a déficits na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica.</td><td colspan="4">Estado de deglutição<br>Definição: Passagem segura de líquidos e/ou sólidos da boca até o estomago.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Cavidade oral lesionada</td><td>Dor abdominal</td><td>Ingestão de nutrientes</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Percepção gustativa alterada</td><td>Hipoglicemia</td><td>Ingestão de alimentos</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Dificuldade para deglutir</td><td>Letargia</td><td colspan="4" rowspan="6"></td></tr>
<tr><td>Aversão a alimento</td><td>Diarreia</td></tr>
<tr><td>Sintomas depressivos</td><td>Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada (IDR)</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>Constipação</td></tr>
<tr><td>Perda de peso com ingestão adequada de alimentos</td></tr>
<tr></tr>
<tr><th colspan="2">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">Terapia nutricional<br>Definição: Administração de alimento e líquidos para apoiar processos metabólicos de um paciente desnutrido ou com alto risco de desnutrição.</td><td colspan="4">Determinar a necessidade de alimentação por sonda enteral.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Administrar a alimentação por sonda enteral, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Fornecer cuidados orais antes das refeições, conforme necessário.</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">Controle Nutricional<br>Definição: Oferecimento e promoção de ingestão balanceada de nutrientes.</td><td colspan="4">Determinar as preferencias alimentares do paciente.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Administrar os medicamentos antes da refeição (p. ex., alívio de dor, antieméticos), se necessário.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Instruir o paciente sobre modificações necessárias da dieta (p. ex., jejum absoluto, líquidos claros, líquidos sem restrição, dieta pastosa ou dieta tolerada), conforme necessário.</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">Monitoração nutricional<br>Definição: Coleta e análise dos dados do paciente relacionados ao consumo de nutrientes.</td><td colspan="4">Pesar o paciente.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Monitorar náusea e vômito.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Monitorar o estado mental (p.ex., confusão, depressão e ansiedade).</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td>Risco de glicemia instável<br>Definição: Susceptibilidade à variação nos níveis séricos de glicose em relação à faixa normal, que pode comprometer a saúde</td><td colspan="4">Nível de glicose no sangue<br>Definição: Extensão da manutenção dos níveis de glicose no plasma e na urina na variação normal.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Adesão inadequada ao regime de tratamento</td><td>Glicose no sangue</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Estresse excessivo</td><td colspan="4" rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>Ingestão alimentar inadequada</td></tr>
<tr><td>Perda de peso excessiva</td></tr>
<tr><th>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td rowspan="4">Controle da Hiperglicemia<br>Definição: Prevenção e tratamento de níveis de glicose no sangue acima do normal.</td><td colspan="4">Monitorar os níveis de glicose sanguínea, conforme indicado.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-estar, visão borrada, ou dores de cabeça.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Administrar insulina, conforme prescrito.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Antecipar situações nas quais a exigência de insulina aumentará (p. ex., doenças intercorrentes).</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Controle da Hipoglicemia<br>Definição: Prevenção e tratamento de níveis baixos de glicose sanguínea.</td><td colspan="4">Identificar o paciente com risco para hipoglicemia.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Determinar reconhecimento de sinais e sintomas de hipoglicemia.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Monitorar os níveis de glicose no sangue, conforme indicado.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Monitorar se há sinais e sintomas de hipoglicemia (p. ex., tremor, sudorese, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, impaciência, taquicardia, palpitações, calafrios, viscosidade, tonturas, palidez, fome, náusea, dor de cabeça, cansaço, sonolência, fraqueza, calor, sensação de desmaio, visão turva, pesadelos, choro durante o sono, parestesias, dificuldade de concentração, dificuldade de fala, falta de coordenação, mudança de comportamento, confusão, coma, convulsão).</td></tr>
<tr><td colspan="4">Contatar serviços médicos de emergência, conforme necessário.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Administrar glicose intravenosa, conforme indicado.</td></tr>
</table>

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Volume de líquidos deficiente**<br>Definição: Diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à desidratação, perda de água apenas, sem mudança no sódio. | | **Equilíbrio do volume de líquidos**<br>Definição: O equilíbrio da água nos compartimentos intra e extracelulares do corpo. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Ingestão insuficiente de líquidos | Turgor da pele alterado | Pressão arterial | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Concentração urinária aumentada | Membranas mucosas úmidas | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Débito urinário diminuído | Pulsos periféricos | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Frequência cardíaca aumentada | Turgor cutâneo | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Fraqueza | Equilíbrio de ingestão e excreção em 24h | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Membranas mucosas ressecadas | | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Pele ressecada | | | | |
| | Perda súbita de peso | **Eliminação urinária**<br>Definição: Armazenamento e eliminação da urina | | | |
| | Olhos fundos | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| | | Limpidez da urina | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Controle da Hipovolemia**<br><br>Definição: Expansão do volume de fluido intravascular em paciente cujo volume está diminuído. | Monitorar estado hemodinâmico, incluindo frequência cardíaca, pressão arterial, pressão arterial média, pressão venosa central, pressão de artéria pulmonar, pressão capilar pulmonar em cunha, débito cardíaco e índice cardíaco, se disponíveis. |
| | Monitorar evidências de desidratação (p. ex., turgor da pele deficiente, preenchimento capilar retardado, pulso fraco/filiforme, sede grave, membranas mucosas ressecas e diminuição da eliminação urinária). |
| | Monitorar hipotensão ortostática e tontura ao se levantar. |
| | Monitorar fontes de perda de líquido (p. ex., sangramento, vômito, diarreia, transpiração excessiva e taquipneia). |
| | Monitorar ingestão e eliminação. |
| | Monitorar evidências laboratoriais para perda sanguínea (p. ex., hemoglobina, hematócrito, exame de sangue oculto nas fezes) se disponíveis. |
| | Incentivar o paciente a ingerir líquidos (p. ex., distribuir os líquidos por 24 h e oferecer líquidos com as refeições), a menos que seja contraindicado. |
| | Usar uma bomba IV para manter uma taxa de fluxo de infusão intravenosa constante. |
| | Orientar o paciente a evitar mudanças rápidas de posição, especialmente de supino para sentado ou de pé. |

| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM** | | **RESULTADO DE ENFERMAGEM** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Excesso de volume de fluido** Definição: Retenção excedente de fluído. | | **Equilíbrio do lume de líquidos** Definição: O equilíbrio da água nos compartimentos intra e extracelulares do corpo. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Ingestão excessiva de líquidos | Oligúria | Pressão arterial | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Ingestão excessiva de sódio | Edema | Sons adventícios da respiração | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Automedicação ineficaz | | Pulsos periféricos | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Equilíbrio de ingestão e excreção em 24 h | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Turgor cutâneo | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Membrana mucosas úmidas | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Ascite | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Edema periférico | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | **Eliminação urinária** Definição: Armazenamento e eliminação da urina | | | |
| | | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| | | Limpidez da urina | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Controle de Hipervolemia**<br>Definição: redução no volume de líquido extracelular e/ou intracelular e prevenção de complicações em paciente que esteja com excesso de volume. | Monitorar estado hemodinâmico, incluindo frequência cardíaca (FC), pressão arterial (PA), pressão arterial média, pressão venosa central, pressão de artéria pulmonar, pressão de oclusão de artéria pulmonar, débito cardíaco e índice cardíaco, se disponível. |
| | Monitorar o padrão respiratório para sintomas de edema pulmonar (p. ex., ansiedade, falta de ar, ortopneia, dispneia, taquipneia, tosse, produção de expectoração espumosa e respiração curta). |
| | Monitorar ruídos pulmonares adventícios. |
| | Monitorar edema periférico. |
| | Monitorar ingestão e eliminação. |
| | Administrar medicamentos prescritos para diminuir pré-carga (p. ex., furosemida, espironolactona, morfina e nitroglicerina). |
| | Monitorar para evidências de efeito excessivo do medicamento (p. ex., desidratação, hipotensão, taquicardia, hipopotassemia). |
| | Elevar a cabeceira da cama para melhorar a ventilação, conforme apropriado. |
| | Reposicionar frequentemente o paciente com edema dependente, conforme apropriado. |
| | Orientar paciente e familiares sobre o registro de ingestão e eliminação, conforme apropriado. |

**Quadro 3** – Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao Domínio 3 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM** | | **RESULTADO DE ENFERMAGEM** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Eliminação urinária prejudicada**<br>Definição: Disfunção na eliminação de urina. | | **Eliminação urinária**<br>Definição: Armazenamento e eliminação de urina. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Ingestão excessiva de líquidos | Oligúria | Pressão arterial | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Relaxamento esfincteriano involuntário | Micção frequente | Odor da urina | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Obesidade | Incontinência urinária | Quantidade da urina | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Infecção no trato urinário | Retenção urinária | Cor da urina | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Prolapso de órgão pélvico | | Esvazia a bexiga completamente | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Reconhecimento da vontade | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Hesitação ao urinar | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Ardência ao urinar | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Frequência urinaria | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Urgência em urinar | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Retenção de urina | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Incontinência urinária | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Controle da eliminação urinária**<br>Definição: Manutenção de um padrão excelente de eliminação urinária | Monitorar a eliminação urinária incluindo frequência, consistência, odor, volume e cor, conforme apropriado. |
| | Identificar fatores que contribuem para episódios de incontinência. |
| | Orientar o paciente quanto a sinais e sintomas de infecção do trato urinário. |
| | Observar a hora da última eliminação urinária, conforme apropriado. |
| | Comunicar ao médico sinais e sintomas de infecção do trato urinário. |
| | Registrar o horário da primeira micção após o procedimento, conforme apropriado. |
| | Restringir a ingestão de líquidos, conforme necessário. |
| **Cuidados na incontinência urinária**<br>Definição: Auxílio na promoção da continência e manutenção da integridade da pele do períneo. | Higienizar a pele da área genital a intervalos regulares. |
| | Programar a administração de diuréticos para gerar o menor impacto no estilo de vida. |
| **Cuidados na retenção urinária**<br>Definição: Assistência no alívio da distensão vesical. | Permitir que o paciente fique tempo suficiente no vaso sanitário para esvaziamento da bexiga (10 minutos). |
| | Inserir sonda vesical, conforme apropriado. |
| | Orientar o paciente/família a registrar o débito urinário, conforme apropriado. |
| | Monitorar o grau de distensão da bexiga urinária por palpação e percussão. |
| | Realizar sondagem vesical intermitente, conforme apropriado. |
| **Cuidados com cateteres: urinário**<br>Definição: Manejo de paciente com equipamento de drenagem urinária | Manter higiene adequada das mãos antes, durante e após a inserção ou manipulação do cateter. |
| | Manter sistema de drenagem urinária fechado, estéril e sem obstruções. |
| | Assegurar posicionamento da bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga. |
| | Irrigar sistema de cateter urinário utilizando técnica estéril, conforme apropriado. |
| | Realizar cuidados de rotina ao meato com água e sabão durante o banho diário. |
| | Trocar o cateter urinário a intervalos regulares, conforme indicado e conforme protocolo institucional. |
| | Observar as características de drenagem urinária. |
| | Usar um dispositivo de fixação do cateter: masculino região supra púbica, feminina região da coxa. |
| | Esvaziar o dispositivo de drenagem urinária a intervalos regulares e específicos. |
| | Esvaziar a bolsa de drenagem antes de todos os transportes do paciente. |
| | Evitar colocar a bolsa de drenagem entre as pernas do paciente durante o transporte. |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Constipação**<br>Definição: Evacuação infrequente ou difícil das fezes | | **Eliminação Intestinal**<br>Definição: Formação e evacuação das fezes. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Atividade física diária média diária inferior à recomendada para a idade e o gênero | Fezes duras | Quantidade de fezes com relação a dieta | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Mobilidade física prejudicada | Esforço com a defecação | Fezes pastosas e formadas | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Rotina regular alterada | Sensação de evacuação incompleta | Facilidade na passagem de fezes | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Uso indevido de substâncias | Necessidade de manobras manuais para facilitar a defecação | Sons intestinais | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Bloqueio no cólon | | Abuso de auxiliares para eliminação | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Bloqueio no reto | | Dor na passagem das fezes | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Ingestão insuficiente de fibra | | | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Ingestão insuficiente de líquidos | | | | | |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Controle de constipação/impactação**<br><br>Definição: Prevenção e alívio da constipação/impactação. | Monitorar movimentos intestinais e fezes, incluindo frequência, consistência, forma, volume, cor e dor conforme apropriado. |
| | Incentivar o aumento da ingestão de líquidos, a menos que contraindicado. |
| | Avaliar o perfil de medicamentos quanto a efeitos colaterais gastrointestinais. |
| | Orientar paciente/família a registrar cor, volume, frequência e consistência das fezes. |
| **Controle Intestinal**<br><br>Definição: Estabelecimento e manutenção de um padrão regular de eliminação intestinal. | Observar data da última evacuação. |
| | Observar problemas intestinais preexistentes, rotina intestinal e uso de laxantes. |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Diarreia**<br>Definição: Passagem de três ou mais fezes soltas ou líquidas por dia. | | **Eliminação intestinal**<br>Definição: Formação e evacuação das fezes. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Higiene pessoal inadequada | Cólica abdominal | Quantidade de fezes em relação a dieta | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Aumento do nível de estresse | Dor abdominal | Controle dos movimentos intestinais/ Sons Intestinais | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Uso indevido de laxante | Ruídos intestinais hiperativos | Fezes pastosas e formadas | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Ansiedade | Urgência intestinal | Abuso de auxiliares para eliminação | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Controle da diarreia**<br>Definição: Controle e alívio da diarreia. | Verificar a história de diarreia. |
| | Obter fezes para cultura e testes de sensibilidade se a diarreia continuar. |
| | Avaliar os medicamentos normalmente utilizados em busca de efeitos colaterais gastrointestinais. |
| | Ensinar o paciente o uso adequado de medicamentos antidiarreicos. |
| | Orientar o paciente/familiares a relatar a cor, volume, frequência e consistência das fezes. |
| | Avaliar os registros de ingestão quanto ao conteúdo nutricional. |
| | Encorajar refeições em pequenas quantidades e frequentes, acrescentando alimentos mais consistentes gradualmente. |
| | Ensinar o paciente a eliminar da dieta alimentos que propiciam a formação de gases e picantes. |
| | Identificar fatores (p. ex., medicamentos, bactérias, alimentação por sonda) capazes de causar ou contribuir para a diarreia. |
| | Sugerir a tentativa de eliminação de alimentos que contenham lactose. |
| | Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia. |
| | Avisar o médico sobre aumento na frequência ou intensidade dos sons intestinais. |

**Quadro 4** – Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao Domínio 4 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Padrão de sono perturbado<br>Definição: Despertar por tempo limitado devido a fatores externos</td><td colspan="4">Sono<br>Definição: Suspensão periódica natural da consciência durante a qual o corpo se recupera</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Interrupção causada pelo parceiro de sono</td><td>Dificuldade para iniciar o sono</td><td>Padrão do sono</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Perturbações ambientais</td><td>Dificuldade em manter o estado de sono</td><td>Rotina de sono</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td></td><td>Expressa cansaço</td><td>Temperatura confortável do ambiente</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td></td><td>Insatisfação com o sono</td><td>Dificuldade para adormecer</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4"></td><td>Sono interrompido</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Cochilos inadequados</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Dependência de soníferos</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Dor</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><th colspan="2">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="5">Melhora do sono<br>Definição: Facilitação de ciclos regulares de sono/vigília.</td><td colspan="4">Monitorar o padrão de sono do paciente e observar as circunstâncias físicas (p. ex., apneia do sono, obstrução de vias respiratórias, dor/desconforto e frequência urinária) e/ou psicológicas (p. ex., medo ou ansiedade) que interrompem o sono.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Ajustar o ambiente (p. ex., luz, barulho, temperatura, colchão e leito) para promover o sono.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Encorajar o paciente a estabelecer uma rotina de hora de dormir, para facilitar a transição da vigília para o sono.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Orientar o paciente a evitar alimentos e bebidas que interfiram no sono.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Discutir com o paciente e seus familiares as técnicas para melhorar o sono.</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">Controle de dor Aguda<br>Definição: Alívio da dor ou redução da dor até um nível de conforto que seja aceitável para o paciente.</td><td colspan="4">Fazer uma avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Observar para pistas não verbais de desconforto, especialmente naqueles incapazes de se comunicar efetivamente.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Assegurar cuidados analgésicos para o paciente.</td></tr>
</table>

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Mobilidade física prejudicada**<br>Definição: Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades | | **Mobilidade**<br>Definição: Capacidade de movimentar-se propositalmente pelo próprio ambiente, de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliar. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Índice de massa corporal> 75º percentil apropriado para idade e sexo | Andar alterado | Equilíbrio | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Ansiedade | Dificuldades de giro | Coordenação | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Disfunção cognitiva | | Marcha | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Desnutrição | Expressa desconforto | Movimento dos músculos | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Dor | | Movimentos das articulações | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Massa muscular insuficiente | | Desempenho na transferência | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Desempenho no posicionamento do corpo | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Andar | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Cuidados com repouso no leito**<br>Definição: Promoção de conforto, segurança e prevenção de complicações de um paciente incapaz de sair do leito. | Colocar em um colchão/cama terapêutica adequada. |
| | Posicionar em alinhamento corporal adequado. |
| | Colocar a campainha ao alcance do paciente. |
| | Anexar trapézio à cama, conforme apropriado. |
| | Virar o paciente imobilizado pelo menos a cada duas horas, de acordo com cronograma específico. |
| | Elevar grades laterais, conforme apropriado. |
| | Utilizar dispositivos na cama que protejam o paciente (ex. grades). |
| | Colocar na cama um apoio para os pés. |
| | Manter a roupa de cama limpa, seca e sem dobras. |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Padrão respiratório ineficaz**<br>Definição: Inspiração e/ou expiração que não fornece ventilação adequada. | | **Estado Respiratório**<br>Definição: Movimento de entrada e saída de ar dos pulmões e troca de dióxido de carbono e oxigênio no nível dos alvéolos. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Ansiedade | Hipoxemia | Frequência respiratória | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Posição do corpo que inibe a expansão pulmonar | Bradipneia | Ausculta de sons respiratórios | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Dor | Cianose | Acúmulo de secreção pulmonar | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Fadiga | Ortopneia | Saturação de oxigênio | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Aumento do esforço físico | Taquipneia | Cianose | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Obesidade | Fase de expiração prolongada | Inquietação | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Excursão torácica alterada | Tosse | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Usa músculos acessórios para respirar | Retração torácica | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Dispneia em repouso | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Ritmo respiratório | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Profundidade da inspiração | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Volume corrente | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Dispneia com esforço leve | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Uso dos músculos acessórios | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Cognição prejudicada | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Atelectasia | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Febre | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Respiração agônica | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Expiração prejudicada | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| | Observar os movimentos torácicos, notando simetria, uso dos músculos acessórios e retração da musculatura supraclavicular e intercostal. |
| | Monitorar quanto a respirações ruidosas, como estridores e roncos. |
| | Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente em pacientes sedados (p. ex., SaO2, SvO2, SpO2), de acordo com a política da instituição e conforme indicado. |
| | Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente e presença de sons adventícios. |
| | Determinar a necessidade de aspiração após a ausculta de estertores ou roncos sobre as grandes vias aéreas. |
| | Monitorar quanto a inquietação, ansiedade, sensação de “fome de ar”. |
| | Monitorar a capacidade do paciente d e tossir efetivamente. |
| | Monitorar as secreções respiratórias do paciente. |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fadiga**<br>Definição: Uma sensação esmagadora de exaustão e diminuição da capacidade de trabalho físico e mental no nível usual. | | **Fadiga: efeitos deletérios**<br>Definição: Gravidade dos efeitos deletérios de fadiga crônica relatados ou observados nas funções diárias. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Desnutrição | Apatia | Indisposição | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Restrições ambientais | Maior necessidade de descanso | Letargia | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Sintomas depressivos | Cansaço | Energia diminuída | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Descondicionamento físico | Aumento dos sintomas físicos | Interferência nas atividades da vida diária | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Dor | Dificuldade para manter rotinas habituais | Interrupção da rotina | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Ciclo de sono-vigília alterado | Sonolência | Interferência no regime de tratamento | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Estressores | | Apetite diminuído | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Estado nutricional alterado | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Pessimismo sobre o estado de saúde futuro | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Memória prejudicada | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Comorbidade psicológica | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

<table>
<tr><th>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th>ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td rowspan="9">Melhora do sono<br><br>Definição: Facilitação dos ciclos regulares de sono/vigília.</td><td>Determinar o padrão de sono/atividade do paciente.</td></tr>
<tr><td>Fazer uma aproximação do ciclo de sono/vigília do paciente no planejamento dos cuidados.</td></tr>
<tr><td>Explicar a importância do sono adequado durante a gravidez, doença, estressores psicológicos etc.</td></tr>
<tr><td>Determinar os efeitos dos medicamentos do paciente sobre o padrão do sono.</td></tr>
<tr><td>Monitorar o padrão de sono do paciente e observar as circunstâncias físicas (p.ex. apneia do sono, obstrução de vias aéreas, dor/desconforto e frequência urinaria) e/ou psicológicas (p. ex., medo ou ansiedade) que interrompem o sono.</td></tr>
<tr><td>Facilitar a manutenção das rotinas usuais de hora de dormir do paciente, sugestões/suporte pré-sono e objetos familiares (p. ex., para crianças, um cobertor/brinquedo favorito, balanço, chupeta ou historinhas; para adultos, um livro etc.), conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td>Auxiliar na eliminação de situações estressantes antes da hora de dormir.</td></tr>
<tr><td>Agrupar as atividades terapêuticas para minimizar o número de vezes que acorda; proporcionar ciclos de sono de pelo menos 90 minutos.</td></tr>
<tr><td>Orientar o paciente e outras pessoas significativas com relação aos fatores (p. ex. fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, mudanças frequentes de turno de trabalho, mudanças rápidas de fuso horário, horas de trabalho excessivamente longas e outros fatores ambientais) que contribuem para as perturbações do padrão de sono.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Excesso de volume de fluido<br>Definição: Retenção excedente de fluído.</td><td colspan="4">Equilíbrio do lume de líquidos<br>Definição: O equilíbrio da água nos compartimentos intra e extracelulares do corpo.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Fadiga da musculatura respiratória</td><td>Apreensão</td><td>Frequência respiratória</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td></td><td>Aumento da frequência cardíaca</td><td>Ritmo respiratório</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td></td><td>Agitação psicomotora</td><td>Profundidade da inspiração</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td></td><td>Saturação de oxigênio arterial diminuída</td><td>Expiração prejudicada</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="8"></td><td>Uso dos músculos acessórios</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Ruídos respiratórios adventícios</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Retração torácica</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Dispneia em repouso</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Dispneia com esforço</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Ortopneia</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Vocalização prejudicada</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Acúmulo de secreção pulmonar</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><th colspan="2">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">Oxigenoterapia<br>Definição: administração de oxigênio e monitoração de sua eficácia</td><td colspan="4">Limpar as secreções orais, nasais e traqueais, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Manter a desobstrução das vias aéreas.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Administrar oxigênio suplementar conforme a prescrição.</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3"></td><td colspan="4">Monitorar o fluxo em litros de oxigênio.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Monitorar a efetividade da oxigenoterapia (p. ex., oximetria de pulso, gasometria arterial), conforme apropriado).</td></tr>
<tr><td colspan="4">Monitorar a capacidade do paciente de tolerar a remoção do oxigênio enquanto estiver se alimentando.</td></tr>
</table>

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Disposição para autocuidado melhorado**<br>Definição: Padrão de realização de atividades para si mesmo para atingir as metas relativas à saúde, que pode ser fortalecido. | **Aceitação: estado de saúde**<br>Definição: Ações pessoais para aceitar mudanças significativas na situação de saúde.. | | | |
| **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Expressa o desejo de melhorar a independência na saúde | Renuncia ao conceito anterior de saúde pessoal | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Expressa o desejo de melhorar a independência no bem-estar | Reconhece a realidade da situação de saúde | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Expressa o desejo de melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocuidado | Executa as tarefas de autocuidado | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Expressa paz interior | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Apresenta resiliência | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Busca informações sobre saúde | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Enfrenta a situação de saúde | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Toma decisões sobre a saúde | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Esclarece prioridades de vida | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| **INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM** | **ATIVIDADES** | | | |
| | Encorajar o paciente a examinar suas crenças e valores pessoais, e sua satisfação com estes últimos. | | | |
| | Auxiliar o paciente a identificar comportamentos-alvo que precisam mudar para alcançar a meta desejada. | | | |
| | Avaliar o nível de conhecimento e habilidade atual do paciente no relacionamento com a mudança desejada. | | | |
| | Explicar ao paciente a importância da automonitoração para a tentativa de mudança de comportamento. | | | |

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Déficit de autocuidado alimentar<br>Definição: Incapacidade e<br>comer de forma independente.</td><td colspan="4">Autocuidado: alimentação<br>Definição: Ações pessoais para preparar e<br>ingerir alimentos e líquidos de modo independente,<br>com ou sem dispositivos auxiliares.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Disfunção cognitiva</td><td>Dificuldade em levar comida à boca</td><td>Coloca o alimento na boca</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Fraqueza</td><td>Dificuldade em colocar comida no utensilio</td><td>Completa uma refeição</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Dor</td><td rowspan="3"></td><td colspan="4" rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>Restrições ambientais</td></tr>
<tr><td>Mobilidade física prejudicada</td></tr>
<tr><th colspan="2">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">Assistência no autocuidado: alimentação<br>Definição: Assistência à pessoa na alimentação.</td><td colspan="4">Garantir o posicionamento adequado do paciente para facilitar a mastigação e a deglutição.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Fornecer dispositivos adaptativos para facilitar a autoalimentação pelo paciente (p. ex., cabos longos, alça com circunferência ampla ou pequena faixa nos utensílios), conforme necessário.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Monitorar a capacidade de deglutição do paciente.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Fornecer assistência física, conforme necessário.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Déficit de autocuidado no banho<br>Definição: Incapacidade de realizar atividades de limpeza de forma independente.</td><td colspan="4">Autocuidado: banho<br>Definição: Ações pessoais para limpar o próprio corpo de modo independente, com ou sem dispositivos auxiliares.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Disfunção cognitiva</td><td>Dificuldade de acesso ao banheiro</td><td>Toma banho no chuveiro</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Fraqueza</td><td>Dificuldade para lavar o corpo</td><td>Enxuga o corpo</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Restrições ambientais</td><td></td><td>Liga a água</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Dor</td><td rowspan="2"></td><td colspan="4" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>Mobilidade física prejudicada</td></tr>
<tr><th colspan="2">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="5">Assistência no autocuidado: banho/higiene<br>Definição: Assistência ao paciente na realização da higiene pessoal.</td><td colspan="4">Considerar a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Determinar a quantidade e o tipo de assistência necessária.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Fornecer artigos pessoais desejados (p. ex. desodorante, escova de dentes, sabonete, xampu, loção e produtos de aromaterapia).</td></tr>
<tr><td colspan="4">Facilitar o ato de tomar banho sozinho pelo paciente, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Manter os rituais de higiene.</td></tr>
</table>

**Quadro 5** – Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao Domínio 5 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Conhecimento deficiente<br>Definição: Ausência de informações cognitivas relacionadas a um tema específico, ou sua aquisição.</td><td colspan="4">Conhecimento: controle do câncer<br>Definição: Extensão da compreensão sobre o câncer, seu tratamento e prevenção da progressão e complicações da doença.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Conhecimento inadequado de recursos</td><td>Declarações imprecisas sobre um tema</td><td>Crenças de saúde que afetam a adesão ao tratamento</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Informação inadequada</td><td>Acompanhamento impreciso de instruções</td><td>Opções de tratamento disponíveis</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Acesso inadequado a recursos</td><td></td><td>Etapas no regime de tratamento</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Interesse inadequado em aprender</td><td></td><td>Responsabilidade de autocuidado para o tratamento em curso</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Efeitos físicos do tratamento do câncer</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Efeitos no estilo de vida</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><th colspan="2">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="9">Ensino: procedimento/tratamento<br><br>Definição: Preparo do paciente para compreender e preparar-se mentalmente para procedimento ou tratamento prescrito.</td><td colspan="4">Reforçar a confiança do paciente na equipe envolvida, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Determinar a experiência prévia do paciente e o nível de conhecimento relacionados ao procedimento/tratamento.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Descrever as atividades prévias ao procedimento/tratamento.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Explicar o procedimento/tratamento.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Orientar o paciente sobre como colaborar/participar durante o procedimento/tratamento, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Explicar a necessidade e a função de certos equipamentos (p. ex., equipamentos de monitorização).</td></tr>
<tr><td colspan="4">Determinar as expectativas do paciente quanto ao procedimento/tratamento.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Dar tempo para que o paciente faça perguntas e discuta as preocupações.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Incluir a família/pessoa(s) significativa(s), conforme apropriado.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Comunicação verbal prejudicada<br>Definição: Capacidade diminuída, atrasada ou ausente de receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos.</td><td colspan="4">Comunicação<br>Definição: Recepção, interpretação e expressão de mensagens faladas, escritas e não verbais.</td></tr>
<tr><th>Fatores Relacionados</th><th>Características Definidoras</th><th>Indicadores</th><th>Basal</th><th>Esperado</th><th>Obtido</th></tr>
<tr><td>Baixa auto-estima</td><td>Capacidade de falar prejudicada</td><td>Uso da linguagem escrita</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Vulnerabilidade percebida</td><td>Verbalização inadequada</td><td>Uso da linguagem falada</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Dispneia</td><td>Dificuldade em manter comunicação</td><td>Uso de linguagem não verbal</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Restrições ambientais</td><td>Fala arrastada</td><td>Reconhecimento de mensagens recebidas</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Estimulação inadequada</td><td>Dislalia</td><td>Troca de mensagens com outros de forma precisa</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><th colspan="2">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="5">Melhora da comunicação: déficit da fala<br>Definição: Uso de estratégias que aumentem as capacidades de comunicação de uma pessoa com a fala prejudicada.</td><td colspan="4">Monitorar os processos cognitivos, anatômicos e fisiológicos associados à capacidade de falar (p. ex., memória, audição e linguagem).</td></tr>
<tr><td colspan="4">Fornecer métodos alternativos à comunicação pela fala (p. ex., tablet para escrever, cartazes, piscar de olhos, quadro de comunicação com figuras e letras, sinais manuais ou outros gestos e computador).</td></tr>
<tr><td colspan="4">Ajustar o estilo de comunicação para atender às necessidades do paciente (p. ex. ficar em pé em frente do paciente ao falar, escutar atentamente, apresentar uma ideia ou pensamento de cada vez, falar devagar, evitar gritos, usar comunicação escrita, ou solicitar assistência da família para compreender a fala do paciente).</td></tr>
<tr><td colspan="4">Repetir o que paciente disse para garantir a precisão.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Expressar perguntas de modo que o paciente consiga responder usando um simples “sim” ou “não”, estando ciente de que o paciente com afasia de expressão pode fornecer respostas automáticas incorretas.</td></tr>
</table>

**Quadro 6** – Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao Domínio 6 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM** | | **RESULTADO DE ENFERMAGEM** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Baixa autoestima situacional**<br>Definição: Mudança de percepção positiva para negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual. | | **Autoestima**<br>Definição: Julgamento pessoal do próprio valor. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Distúrbio na imagem corporal | Comportamento indeciso | Aceitação de próprias limitações | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Medo de rejeição | Desemparo | Manutenção de uma postura ereta | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Apoio social inadequado | Subestimativa a capacidade de lidar com a situação | Manutenção do contato visual | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Prejuízo funcional | Verbalização auto negativas | Descrição de orgulho de si mesmo | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Manutenção de boa aparência e higiene | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Nível de confiança | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM** | | **ATIVIDADES** | | | |
| **Fortalecimento da autoestima**<br>Definição: Assistência ao paciente para aumentar julgamento pessoal do próprio valor. | | Encorajar o paciente a identificar pontos fortes. | | | |
| | | Auxiliar o paciente a reavaliar as percepções negativas de si mesmo. | | | |
| | | Auxiliar no estabelecimento de metas realistas para alcançar maior autoestima. | | | |
| | | Auxiliar o paciente a encontrar a autoaceitação. | | | |
| | | Explorar conquistas alcançadas. | | | |
| | | Facilitar um ambiente e atividades que aumentem a autoestima (práticas alternativas e atividades em grupo). | | | |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Distúrbio na imagem corporal**<br>Definição: Imagem mental negativa do eu físico. | | **Identidade pessoal**<br>Definição: Ações pessoais que diferenciam entre o eu e o não eu e caracterizam a própria essência. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Consciência corporal | Ansiedade social | Verbaliza sentido claro de identidade pessoal | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Feridas e lesões | Compara-se com os outros continuamente | Diferencia a si mesmo de outros seres humanos | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Procedimentos cirúrgicos | Dá nome a parte do corpo | **Imagem corporal**<br>Definição: Percepção da própria aparência e funções do corpo. | | | |
| Regime de tratamento | Envolvimento social alterado | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Percepção não realista do resultado do tratamento | Esconder parte do corpo | Imagem de si mesmo | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Evita olhar o próprio corpo | Ajuste a mudanças na aparência física | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Evita tocar o próprio corpo | Atitude com relação ao uso de estratégias para melhorar a aparência | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Expressa medo de reação dos outros | | | | |
| | Expressa preocupação com mudanças | | | | |
| | Foco na aparência anterior | | | | |
| | Foco na função do passado | | | | |
| | Percepções que refletem uma visão alterada da aparência | | | | |
| | Recusa-se em reconhecer mudanças | | | | |
| | Resposta não verbal a mudanças no corpo (p ex. aparência, estrutura ou função) | | | | |

| INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Fortalecimento da autoestima**<br>Definição: Assistência ao paciente para aumentar julgamento pessoal do próprio valor. | Encorajar o paciente a identificar pontos fortes. |
| | Auxiliar o paciente a reavaliar as percepções negativas de si mesmo. |
| | Auxiliar no estabelecimento de metas realistas para alcançar maior autoestima. |
| | Auxiliar o paciente a encontrar a autoaceitação. |
| | Explorar conquistas alcançadas. |
| | Facilitar um ambiente e atividades que aumentem a autoestima (práticas alternativas e atividades em grupo). |

**Quadro 7** – Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao Domínio 9 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Déficit de autocuidado no banho**<br>Definição: Incapacidade de realizar atividades de limpeza de forma independente. | | **Autocuidado: banho**<br>Definição: Ações pessoais para limpar o próprio corpo de modo independente, com ou sem dispositivos auxiliares. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Conflito de valores | Agitação psicomotora | Reconhece o motivo da mudança no ambiente de vida | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Estressores | Insônia | Raiva | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Transmissão interpessoal | Aperto no peito | Retraimento | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Foco em si próprio | Agitação | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Nervosismo | Medo | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Humor irritável | Preocupação | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Tremores | | | | |
| | Padrão respiratório alterado | | | | |
| | Anorexia | | | | |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Melhora do enfrentamento**<br>Definição: Facilitação de esforços cognitivos e comportamentais para controlar estressores, mudanças ou ameaças percebidas que interfiram no atendimento às demandas da vida e papéis. | Avaliar a compreensão do paciente sobre o processo da doença. |
| | Usar uma abordagem calma, tranquilizadora. |
| | Encorajar atividades sociais e comunitárias |
| | Reconhecer a formação espiritual/cultural do paciente. |
| | Avaliar a necessidade/desejos do paciente de apoio social. |
| | Auxiliar o paciente a identificar os sistemas de apoio disponíveis. |

**Quadro 8** – Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao Domínio 10 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Sofrimento espiritual<br>Definição: Estado de sofrimento relacionado á capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e proposito à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, com o mundo e/ou um poder maior que si mesmo.</td><td colspan="4">Esperança<br>Definição: Otimismo que, pessoalmente, satisfaz e promove apoio à vida.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Regime de tratamento</td><td>Medo</td><td>Expressa expectativa de um futuro positivo</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Perda de independência</td><td>Choro</td><td>Expressa fé</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td></td><td>Culpa excessiva</td><td>Expressa vontade de viver</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><th colspan="2">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="5">Apoio Espiritual<br>Definição: Assistência ao paciente para que sinta equilíbrio e conexão com uma força maior.</td><td colspan="4">Estar aberto às expressões de preocupação do indivíduo.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Encorajar a participação em interações com familiares, amigos e outros.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Encorajar momentos de privacidade e tranquilidade para as atividades espirituais.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Encorajar o uso de recursos espirituais, conforme desejado.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Fornecer os artigos espirituais desejados, conforme as preferencias individuais.</td></tr>
</table>

**Quadro 9** – Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao Domínio 11 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

<table>
<tr><th>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td>Risco de Infecção<br>Definição: Suscetibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde.</td><td colspan="4">Controle de infecção<br>Definição: minimização da aquisição e transmissão de agentes infecciosos.</td></tr>
<tr><td>Fatores de risco</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Aumento da exposição ambiental a patógenos</td><td>Ensinar ao paciente e a família a respeito dos sinais e sintomas da infecção e quando notificá-los ao profissional da saúde.</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Desnutrição</td><td>Instituir precauções universais</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Doença crônica</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>Procedimentos invasivos</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>Imunossupressão</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Controle de Infecção**<br>Definição: Minimização da aquisição e transmissão de agentes infecciosos | Trocar o equipamento de atendimento do paciente de acordo com instituição. |
| | Isolar pessoas expostas a doenças notificáveis. |
| | Posicionar em isolamento de prevenção designado conforme apropriado. |
| | Manter as técnicas de isolamento conforme apropriado. |
| | Limitar o número de visitantes, conforme apropriado. |
| | Orientar os visitantes a higienizarem as mãos na entrada e saída do quarto do paciente. |
| | Usar sabão antimicrobiano para lavagem das mãos, conforme apropriado. |
| | Lavar as mãos antes e depois da atividade de atendimento de cada paciente. |
| | Instituir precauções universais. |
| | Usar luvas conforme recomendado pelas políticas universais de prevenção. |
| | Usar aventais descartáveis ou jalecos quando manusear material infeccioso. |
| | Usar luvas estéreis, conforme apropriado. |
| | Esfregar a pele do paciente com um agente antimicrobiano, conforme apropriado. |
| | Tricotomizar e preparar a região, conforme indicado na precaução para procedimento invasivos e/ou cirurgia. |
| | Manter um ambiente asséptico ideal durante a inserção central de cateter à beira de leito. |
| | Manter um ambiente asséptico enquanto trocar as bolsas e equipo de NPT. |
| | Manter um sistema fechado durante monitoração hemodinâmica invasiva. |
| | Trocar os locais de linhas centrais e EV periféricas e curativos de acordo com o guia atual do CDC. |
| | Garantir manuseio asséptico de todas as linhas IV. |
| | Garantir técnicas de cuidado de feridas apropriadas. |
| | Incentivar a respiração profunda e a tosse, conforme apropriado. |
| | Promover a ingestão nutricional adequada. |
| | Incentivar a ingestão de líquidos, conforme apropriado. |
| | Administrar terapia com antibióticos, conforme apropriado. |
| | Administrar um agente imunizante, conforme apropriado. |

| | |
|---|---|
| **Controle de Dispositivos de Acesso Venoso Central**<br><br>Definição: Tratamento do paciente com acesso venoso prolongado por meio da utilização de um dispositivo inserido na circulação central. | Verificar o tipo de dispositivo de acesso venoso central (DAVC) instalado. |
| | Verificar as recomendações, diretrizes, protocolos, políticas e procedimentos do fabricante e da instituição relacionados ao dispositivo em particular. |
| | Assegurar-se de que as pontas de dispositivos instalados da veia subclávia ou jugular estejam localizadas no terço inferior da veia cava superior. |
| | Empregar técnica asséptica rigorosa sempre que o dispositivo for manipulado, acessado ou usado para administrar medicamentos, a fim de reduzir o potencial de infecções da corrente sanguínea relacionadas ao cateter. |
| | Manter precauções universais. |
| | Adaptar o cuidado ao tipo de dispositivo (i.e., utilizar o clampe em todos os momentos com DAVC aberto ou de linha média, usar agulhas tipo Huber para o acesso ao port, usar flush de soro fisiológico com válvulas antirretorno, usar curativo transparente para afixar DAVC não tunelizado PICC e cateter de linha média). |
| | Verificar a permeabilidade do DAVC imediatamente antes de administrar medicamentos/infusões prescritas. |
| | Empregar ações adicionais para garantir a permeabilidade se for encontrada dificuldade para aspiração ou nenhum retorno de sangue, conforme protocolo do fabricante ou da instituição para dispositivos obstruídos. |
| | Administrar flush de soro fisiológico para manutenção do cateter valvulado, pois a válvula impede o refluxo sanguíneo para dentro do lúmen do cateter, evitando assim a oclusão por trombo. |
| | Lavar os DAVC não valvulados (ou abertos) com soro fisiológico heparinizada semanalmente com a concentração de heparina de acordo com política da instituição. |
| | Lavar os ports implantados com soro fisiológico heparinizada mensalmente, com a concentração de heparina de acordo com a política da instituição. |
| | Lavar PICCs semanalmente com soro fisiológico heparinizada se não estiver em uso, com a concentração de heparina de acordo com a política da instituição. |
| | Assegurar-se de que o acesso intravenosa esteja bem posicionado e fixado. |
| | Utilizar dispositivos de fixação autoadesivos quando apropriado, ou de acordo com a política da instituição |
| | Utilizar novas soluções IV e novos conjuntos de administração para novos DAVCs. |
| | Manter registro acurado de(s) infusato(s). |
| | Aplicar curativo com gaze nas primeiras 24 horas depois da inserção cirúrgica. |
| | Usar curativos semipermeáveis transparentes nos dispositivos não tunelizados e trocar a cada 7 dias ou antes, se molhado ou sujo, ou conforme com política da instituição. |

| | |
|---|---|
| | Usar solução de clorexidina a 2% em álcool isopropílico a 70% para limpeza do orifício de inserção e do próprio cateter e em todas as trocas de curativos, e para descontaminar a pele antes da inserção de DAVC, a menos que o paciente tenha alergia conhecida a clorexidina. |
| | Monitorar quanto a edema dos membros superior ou aumento do calor no lado ipsilateral ao dispositivo implantado. |
| | Monitorar para detecção de complicações de DAVC (p. ex., pneumotórax, tamponamento cardíaco, punção arterial, hemorragia, hemotórax, hidrotórax, embolia gasosa, lesão do plexo braquial, lesão do ducto torácico, infecção, má colocação). |
| | Inspecionar o local de inserção diariamente para detectar vermelhidão, dor, sensibilidade, calor ou edema, pois os dispositivos estão associados a risco aumentado de infecção |
| | Certificar-se de que quaisquer infusões no DAVC tenham sido desligadas antes de remover um dispositivo. |
| | Remover dispositivo se houver quaisquer sinais de inflamação, vazamento ou secreção a partir do local de inserção. |
| | Colocar gaze sobre o local de inserção e aplicar pressão leve a moderada para remover o DAVC, a fim de evitar quebra do cateter, laceração e/ou embolização. |
| | Aplicar um curativo impermeável transparente imediatamente após remoção do DAVC, certificando-se de que uma boa vedação seja obtida, e manter no local por 72 horas. |
| **Cuidados com Drenos: Torácico**<br><br>Definição: Manejo de paciente com um dispositivo externo que sai da cavidade torácica. | Manter a higiene adequada das mãos antes, durante e após a inserção ou manipulação do dreno torácico. |
| | Monitorar quanto a vazamento audível de ar após a inserção (indica inserção inadequada do dreno, exigindo suturas ou reposicionamentos adicionais). |
| | Monitorar quanto ao funcionamento adequado do dispositivo, o posicionamento correto no espaço pleural e a perviedade do dreno (i.e., oscilação respiratória ou oscilação do fluido conforme o paciente respira, tanto no dreno quanto no menisco fluido). |
| | Observar quanto à presença de borbulhamento contínuo durante a inspiração e expiração, indicando tanto potencial agravamento da condição do paciente quanto uma falha no fechamento do sistema de drenagem. |
| | Monitorar quanto aos sinais e sintomas do pneumotórax. |
| | Certificar-se de que todas as conexões do dreno estão bem presas e afixadas. |
| | Assegurar a utilização de dispositivo de drenagem de via única, geralmente frasco de drenagem com selo d'água. |
| | Aderir ao nível de água recomendado no frasco de drenagem com selo d'água (i.e., muito pouca água leva a pneumotórax, muita água resulta em drenagem ineficaz ou resolução ineficiente do pneumotórax). |
| | Manter o frasco de drenagem com selo d'água abaixo do nível do tórax. |
| | Fixe o dreno com segurança. |

| | |
|---|---|
| | Garantir o uso de dispositivos de drenagem com selo d'água com múltiplas câmaras de drenagem, selo d'água e aspiração, quando indicado pela condição do paciente. |
| | Documentar movimentos de ondulação, débito e vazamentos de ar do dreno de tórax. |
| | Realizar ordenha do dreno apenas quando indicado pela condição do paciente (p. ex., paciente sintomático e dreno obstruído), ou conforme requisitado pelo médico. |
| | Trocar o curativo em torno do dreno torácico a cada 48 a 72 horas e conforme necessário, considerando o protocolo institucional. |
| | Certificar-se de que o dispositivo de drenagem torácica fique mantido em posição vertical. |
| | Trocar os frascos de drenagem torácica ou o dispositivo de drenagem multicâmara, conforme necessário, para evitar extravasamento ou para o controle da infecção. |
| | Evitar ocluir o frasco de drenagem ou o dispositivo quando ainda ligado ao paciente, ao mudar os frascos ou dispositivos. |
| | Orientar o paciente e a família sobre o cuidado adequado ao dreno torácico. |
| **Cuidados com Drenos: Ventriculostomia/Dreno Lombar**<br><br>Definição: Manejo de paciente com sistema externo de drenagem do líquido cefelorraquidiano. | Renivelar o dispositivo de drenagem, conforme necessário. |
| | Monitorar características de drenagem do LCE: cor, transparência e consistência. |
| | Trocar ou esvaziar a bolsa de drenagem, conforme necessário. |
| | Monitorar o local de inserção quanto a infecção. |
| | Reforçar curativo do local de inserção, conforme necessário. |
| | Conter o paciente, conforme necessário. |
| | Monitorar quanto a rinorreia e otorreia de LCE. |
| **Cuidados com cateteres: Gastrointestinal**<br><br>Definição: Manejo de paciente com cateter gastrointestinal. | Monitorar o posicionamento correto do cateter, conforme protocolo institucional (SNG, SNE, SOG). |
| | Conectar o cateter à aspiração, se indicado. |
| | Fixar o cateter a uma parte adequada do corpo, considerando o conforto do paciente e a integridade da pele. |
| | Irrigar a sonda, conforme protocolo institucional. |
| | Monitorar quanto a sensações de plenitude, náuseas e vômitos. |
| | Monitorar sons intestinais, diarreia, estado hídrico e eletrolítico. |
| | Monitorar a quantidade, cor e consistência do cateter nasogástrico. |
| | Providenciar cuidados ao nariz e boca de três a quatro vezes ao dia, ou conforme necessário. |
| | Iniciar e monitorar a administração da dieta enteral, conforme protocolo institucional. |
| | Ensinar o paciente e a família a cuidar da sonda, quando indicado. |
| | Realizar cuidados à pele e ao redor do local de inserção do cateter. |
| | Remover a sonda quando indicado. |

| | |
|---|---|
| **Cuidados com cateteres: Urinário**<br><br>Definição: Manejo de paciente com equipamento de drenagem urinária. | Determinar a indicação para o cateter urinário de demora. |
| | Manter higiene adequada das mãos antes, durante e após a inserção ou manipulação do cateter. |
| | Manter sistema de drenagem urinária fechado, estéril e sem obstruções. |
| | Assegurar posicionamento da bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga. |
| | Manter a desobstrução do sistema de cateter urinário. |
| | Irrigar sistema de cateter urinário utilizando técnica estéril, conforme apropriado. |
| | Realizar cuidados de rotina ao meato com água e sabão durante o banho diário. |
| | Trocar o cateter urinário a intervalos regulares, conforme indicado e conforme protocolo institucional. |
| | Limpar o cateter urinário externamente ao meato. |
| | Usar um dispositivo de fixação do cateter. |
| | Esvaziar a bolsa de drenagem antes de todos os transportes do paciente. |
| | Evitar colocar a bolsa de drenagem entre as pernas do paciente durante o transporte. |
| | Higienizar o equipamento de drenagem urinária, conforme protocolo institucional. |
| | Assegurar remoção do cateter logo que indicado pela condição do paciente. |
| | Monitorar quanto a distensão da bexiga. |
| | Evitar inclinar bolsas de urina para esvaziar ou mensurar o débito urinário (medida preventiva de contaminação ascendente). |
| **Proteção contra infecção**<br><br>Definição: Prevenção e detecção precoce de infecção em paciente de risco. | Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados da infecção. |
| | Limitar o número de visitantes, conforme apropriado. |
| | Manter a assepsia para o paciente em risco. |
| | Inspecionar condição de qualquer incisão cirúrgica e ferida. |
| | Obter culturas, conforme necessário. |
| | Incentivar a ingestão de líquidos, conforme apropriado. |
| | Incentivar aumento de mobilidade e exercício, conforme apropriado. |
| | Ensinar paciente e membros da família como evitar infecção. |
| | Fornecer quarto privativo, conforme necessário. |
| | Notificar infecções suspeitas ao controle de infecção pessoal. |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Risco de Aspiração**<br>Definição: Suscetibilidade á entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas, que pode comprometer a saúde | **Estado Respiratório**<br>Definição: Movimento de entrada e saída de ar dos pulmões e troca de dióxido de carbono e oxigênio no nível dos alvéolos. | | | |
| **Fatores de risco** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Nutrição enteral | Sonolência | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Barreira à elevação da porção superior do corpo | Vias aéreas desobstruídas | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Motilidade gastrintestinal diminuída | Inquietação | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Dificuldade para deglutir | Dispneia com esforço leve | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Cirurgia do pescoço | | | | |
| Cirurgia facial | | | | |
| Procedimento cirúrgico oral | | | | |
| Esfíncter esofágico inferior incompetente | | | | |
| Pressão intragástrica aumentada | | | | |
| Regime de tratamento | | | | |
| Resíduo gástrico aumentado | | | | |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
| --- | --- |
| **Controle de vias aéreas**<br><br>Definição: Facilitação da permeabilidade à passagem do ar. | Posicionar o paciente modo a maximizar o potencial ventilatório. |
| | Remover secreções, estimulando a tosse ou aspirando. |
| | Auscultar sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente e presença de ruídos adventícios. |
| | Realizar a aspiração endotraqueal ou nasotraqueal, conforme apropriado. |
| | Administrar ar ou oxigênio umidificado, conforme apropriado. |
| | Regular a ingestão de líquidos para otimizar o equilíbrio hídrico. |
| | Monitorar o estado respiratório e a oxigenação, conforme apropriado. |
| **Precauções contra aspiração**<br><br>Definição: Prevenção ou minimização dos fatores de risco em paciente com risco de aspiração. | Monitorar o nível de consciência, reflexo de tosse, reflexo de vômito e capacidade de deglutição. |
| | Investigar disfagia, conforme apropriado. |
| | Minimizar o uso de narcóticos e sedativos. |
| | Monitorar as necessidades de cuidado intestinal (distensão abdominal). |
| | Posicionar a cabeceira igual ou maior que 30° (alimentação por cateter nasogástrico) até 90° ou o mais alto possível. |
| | Manter a cabeceira da cama elevada de 30 a 45 minutos após a alimentação. |
| | Verificar o posicionamento do cateter nasogástrico ou da gastrostomia antes de iniciar a dieta. |
| | Cortar ou macerar os comprimidos antes da administração. |
| | Inspecionar a cavidade oral quanto a resíduos alimentares ou medicamentos. |
| | Proporcionar cuidados orais. |
| | Sugerir avaliação com um fonoaudiólogo, conforme apropriado. |

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas<br>Definição: Capacidade reduzida de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter a via aérea desobstruída.</td><td colspan="4">Estado Respiratório: Permeabilidade das Vias Aéreas<br>Definição: Vias Traqueobrônquicas abertas e desobstruídas para a troca de ar.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Espasmo de via aérea</td><td>Ritmo respiratório alterado</td><td>Tosse</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Alergia em via aérea</td><td></td><td>Acúmulo de Secreção Pulmonar</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Muco excessivo</td><td rowspan="4"></td><td colspan="4" rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>Asma</td></tr>
<tr><td>Doença pulmonar obstrutiva crônica</td></tr>
<tr><td>Infecção do trato respiratório</td></tr>
</table>

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Monitoração Respiratória**<br><br>Definição: Coleta e análise de dados de pacientes para assegurar a desobstrução das vias aéreas e troca gasosa adequada. | Monitorar frequência, ritmo, profundida e esforço das respirações. |
| | Monitorar quanto a inquietação, ansiedade, sensação de ´'falta de ar´´. |
| | Monitorar padrões respiratórios (p. ex., bradipneia, taquipneia, hiperventilação, respirações de Kussmaul, respirações de Cheyne-Stokes, apneia, respirações de Biot, padrões atáxicos). |
| | Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente em pacientes sedados (p. ex., SaO2, SvO2, SpO2), de acordo com a política da instituição e conforme indicado. |
| | Colocar o paciente em decúbito lateral, quando indicado, para prevenir contra aspiração; movimentar em bloco se houver suspeita de lesão cervical. |
| **Controle das Vias Aéreas**<br><br>Definição: Facilitação da permeabilidade a passagem do ar. | Posicionar o paciente modo a maximizar o potencial ventilatório. |
| | Encorajar respiração lenta e profunda, mudança de posição e tosse. |
| | Posicionar para aliviar a dispneia. |
| | Remover secreções, estimulando a tosse ou aspirando. |
| | Auscultar sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente e presença de ruídos adventícios. |
| | Realizar a aspiração endotraqueal ou nasotraqueal, conforme apropriado. |
| | Ensinar o paciente a utilizar inaladores prescritos, conforme apropriado. |
| | Administrar ar ou oxigênio umidificado, conforme apropriado. |
| | Monitorar o estado respiratório e a oxigenação, conforme apropriado. |
| **Aspiração de vias aéreas**<br><br>Definição: Remoção de secreções das vias aéreas por meio de inserção de cateter de aspiração na via aérea oral, nasofaríngea ou traqueal do paciente. | Verificar a necessidade de aspiração oral e/ou traqueal. |
| | Orientar o paciente a fazer várias respirações profundas antes da aspiração nasotraqueal e utilizar oxigênio suplementar, conforme apropriado. |
| | Monitorar o estado de oxigenação dos pacientes (níveis de Sa02 e Sv02), estado neurológico (p. ex., estado mental, PIC, pressão de perfusão cerebral [PPC]) e estado hemodinâmico (p. ex., nível de PAM e ritmo cardíaco) imediatamente antes, durante e após a aspiração. |
| | Limpar a área ao redor do estoma traqueal após finalizar a aspiração traqueal, conforme apropriado. |
| | Monitorar à coloração, quantidade e consistência da secreção. |
| | Orientar o paciente e/ou família sobre como aspirar a via aérea, conforme apropriado. |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Integridade da Pele Prejudicada**<br>Definição: Epiderme e/ou derme alteradas. | | **Integridade Tissular: Pele e Mucosas**<br>Definição: Integridade estrutural e a função fisiológica normal de pele e mucosas. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Indivíduos em extremos de idade | Superfície cutânea rompida | Lesões cutâneas | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Forças de cisalhamento | Matéria estranha perfurando a pele | Textura | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Radioterapia | | Integridade cutânea | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Hipertermia | Matéria estranha perfurando a pele | Pigmentação anormal | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Hipotermia | | Rachaduras da pele | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Umidade | | Perfusão tissular | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Transtornos Sensoriais | | **Eliminação intestinal**<br>Definição: formação e evacuação de feze | | | |
| Pressão sobre saliência óssea | | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Desnutrição | | Diarreia | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Excreções | | | | | |
| Desequilíbrio hidreletrolítico | | | | | |
| Turgor Alterado | | | | | |
| Imunodeficiência | | | | | |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Cuidados com Lesões**<br>Definição: Prevenção de complicações e promoção de cicatrização de lesões. | Monitorar/Registrar/Comparar regularmente as características da lesão, incluindo drenagem, cor, tamanho e odor. |
| | Medir o leito da lesão, conforme apropriado. |
| | Limpar com soro fisiológico ou substância atóxica, conforme apropriado. |
| | Aplicar curativo adequado ao tipo de lesão. |
| | Reforçar a cobertura, se necessário. |
| | Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado. |
| | Trocar a cobertura conforme a quantidade de exsudato e drenagem. |
| | Examinar a lesão a cada troca de curativo. |
| | Posicionar o paciente de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado. |
| | Reposicionar o paciente a intervalos de pelo menos 2 horas, conforme apropriado. |
| | Colocar dispositivos de alívio de pressão (i.e., colchões de baixa perda de ar, espuma ou gel; almofadas ou protetores de cotovelo e calcanhares; almofada para cadeira), conforme apropriado. |
| **Cuidados com o Local de Incisão**<br>Definição: Limpeza, monitoramento e promoção da cicatrização de uma ferida que é fechada com suturas, clipes ou grampos. | Inspecionar o local da incisão para detecção de vermelhidão; edema ou sinais de deiscência ou evisceração. |
| | Observar as características de qualquer secreção. |
| | Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão. |
| | Limpar a área ao redor da incisão com uma solução de limpeza adequada. |
| | Trocar o curativo em intervalos apropriados. |
| | Ensinar o paciente e/ou família a cuidar do local da incisão, incluindo sinais e sintomas de infecção. |

| | |
|---|---|
| **Cuidados Perineais**<br>Definição: Manutenção da integridade da pele e do períneo e alívio do desconforto perineal. | Auxiliar com a higiene. |
| | Manter o períneo seco. |
| | Limpar cuidadosamente o períneo em intervalos regulares. |
| | Manter o paciente em uma posição confortável. |
| | Aplicar uma barreira protetora (p. ex., óxido de zinco, petrolato), conforme apropriado. |
| **Cuidados com Ostomias**<br>Definição: Manutenção da eliminação através do estoma e cuidados com o tecido circundante. | Monitorar a incisão/cicatrização do estoma. |
| | Monitorar se há complicações pós-operatórias, tais como obstrução intestinal, íleo paralítico, fístula, ou separação cutaneomucosa, conforme apropriado. |
| | Monitorar o tecido de cicatrização do estoma e a adaptação ao equipamento da ostomia. |
| | Alterar/esvaziar a bolsa de ostomia, conforme apropriado. |
| | Irrigar a ostomia de modo apropriado. |
| | Auxiliar o paciente no autocuidado. |
| | Explicar ao paciente o que o cuidado com a ostomia alterará em sua rotina diária. |
| | Orientar o paciente como monitorar as complicações (p. ex., falha mecânica, falha química, erupção cutânea, vazamentos, desidratação, infecção). |
| | Orientar o paciente sobre os mecanismos para reduzir o odor. |
| | Monitorar/registrar os padrões de eliminação. |
| | Auxiliar o paciente a identificar os fatores que afetam o padrão de eliminação. |

| **Conduta da radioterapia**<br>Definição: Auxílio ao paciente para que entenda e minimize os efeitos secundários dos tratamentos radioterápicos. | Monitorar os esforços de rastreamento pré-tratamento em pacientes de risco para efeitos adversos de início precoce, maior duração e mais preocupantes. |
|---|---|
| | Promover atividades para modificar os fatores de risco identificados. |
| | Monitorar para efeitos adversos e efeitos tóxicos do tratamento. |
| | Fornecer informação ao paciente e à família sobre o efeito da radiação sobre as células malignas. |
| | Utilizar as precauções recomendadas para a radiação no manejo de pacientes com marca-passos cardíacos. |
| | Monitorar quanto a alterações na integridade da pele e tratá-las apropriadamente. |
| | Evitar o uso de fitas adesivas e outras substâncias que possam irritar a pele. |
| | Evitar a aplicação de desodorantes ou loções pós-barba sobre áreas tratadas. |
| | Providenciar cuidados especiais à pele em dobras propensas à infecção (p. ex., nádegas, períneo e virilha). |
| | Discutir sobre a necessidade de cuidados à pele, como a manutenção de marcações de contraste, evitar o uso de sabões e outras pomadas, e sobre a proteção durante banhos de sol ou aplicação de calor. |
| | Auxiliar o paciente a entender sobre a perda de cabelos, conforme apropriado, ensinando sobre alternativas disponíveis, como o uso de perucas, lenços para cabeça, chapéus ou turbantes. |

| | |
|---|---|
| **Conduta da radioterapia**<br><br>Definição: Auxílio ao paciente para que entenda e minimize os efeitos secundários dos tratamentos radioterápicos. | Orientar o paciente a lavar suavemente e a pentear seus cabelos e a dormir sobre uma fronha de seda para prevenir contra maior perda capilar, conforme apropriado. |
| | Orientar o paciente de que os cabelos crescerão novamente após o término do tratamento, conforme apropriado. |
| | Monitorar quanto a indicações de infecção das membranas mucosas orais. |
| | Encorajar uma boa higiene oral com o uso de equipamentos de limpeza oral, como fio dental que não se desfaça, escovas de dente sônicas, escovas de dentes ou limpadores elétricos, conforme apropriado. |
| | Iniciar atividades a restauração da saúde oral, como o uso de saliva artificial, estimuladores da salivação, enxaguantes bucais sem álcool, pastilhas sem açúcar e tratamento com flúor, conforme apropriado. |
| | Orientar o paciente sobre a autoavaliação da cavidade oral, incluindo sinais e sintomas a serem relatados para serem encaminhados para avaliação (p. ex., queimação, dor e sensibilidade). |
| | Orientar o paciente sobre a necessidade de acompanhamento dentário, pois cáries podem surgir rapidamente. |
| | Monitorar o paciente quanto a anorexia, náusea, vômitos, mudanças no paladar, esofagite, diarreia, conforme apropriado. |
| | Promover ingestão de líquidos e alimentos adequada. |
| | Promover uma dieta terapêutica para prevenir contra complicações. |
| | Discutir os potenciais aspectos da disfunção sexual, conforme apropriado. |
| | Orientar sobre as implicações da terapia sobre a função sexual, incluindo a necessidade de suspensão de contraceptivos, conforme apropriado. |
| | Administrar medicamentos conforme a necessidade para controlar os efeitos adversos (p.ex., antieméticos para náuseas e vômitos). |
| | Monitorar o nível de fadiga pedindo para o paciente descrever como se sente. |
| | Orientar o paciente e a família quanto a técnicas de controle de energia, conforme apropriado. |
| | Auxiliar o paciente no controle da fadiga, planejando repousos frequentes, espaçando atividades e limitando as demandas diárias, conforme apropriado. |
| | Encorajar o repouso imediatamente após os tratamentos. |
| | Auxiliar o paciente a obter níveis adequados de conforto por meio do uso de técnicas de manejo da dor que sejam eficazes e aceitáveis para o paciente. |
| | Insistir na utilização de líquidos para manter a hidratação renal e da bexiga urinária, conforme apropriado. |
| | Monitorar para indicações de infecção do trato urinário. |

| | |
|---|---|
| **Conduta da radioterapia**<br><br>Definição: Auxílio ao paciente para que entenda e minimize os efeitos secundários dos tratamentos radioterápicos. | Orientar o paciente e a família sobre os efeitos da terapia sobre o funcionamento da medula óssea. |
| | Orientar o paciente e a família sobre formas de prevenção da infecção, como evitar aglomerações, utilizar boa higiene, técnicas para lavagem de mãos, conforme apropriado. |
| | Monitorar quanto a sinais e sintomas de infecção sistêmica, anemia e sangramentos. |
| | Orientar sobre precauções sobre neutropenias ou sangramentos, quando indicado. |
| | Facilitar a discussão com o paciente sobre receios relacionados aos equipamentos de radioterapia. |
| | Facilitar a expressão dos receios sobre os prognósticos ou sucesso dos tratamentos. |
| | Fornecer informações objetivas concretas sobre os efeitos da terapia para reduzir a incerteza, o receio e a ansiedade relacionados aos sintomas do tratamento. |
| | Orientar os sobreviventes de longo prazo e suas famílias sobre a possibilidade de outras malignidades e a importância de relatar um aumento da suscetibilidade a infecções, fadiga ou sangramentos. |
| | Iniciar e manter o isolamento de acordo com o protocolo da instituição para o paciente que recebe tratamento de radiação interna (p.ex., sementes de ouro ou agentes radio farmacêuticos). |
| | Explicar o protocolo de isolamento para o paciente, família e visitantes. |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Risco de Integridade da Pele Prejudicada**<br>Definição: Suscetibilidade a alteração na epiderme e/ou derme, que pode comprometer a saúde | **Integridade Tissular: Pele e Mucosas**<br>Definição: Integridade estrutural e a função fisiológica normal de pele e mucosas. | | | |
| **Fatores de Risco** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Fatores mecânicos (p.ex., forças abrasivas, pressão, imobilidade física) | Temperatura da pele | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Excreções | Perfusão tissular | | | |
| Secreções | Indicadores | | | |
| Umidade | Mantém os cuidados da pele ao redor da ostomia | | | |
| Abuso de substâncias | | | | |
| Transtornos sensoriais | | | | |
| Imunodeficiência | | | | |
| Desnutrição | | | | |
| Pressão sobre saliência óssea | | | | |

<table>
<tr><th>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th>ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td rowspan="9">Cuidados com ostomia<br><br>Definição: Manutenção da eliminação através de um estoma e cuidados com o tecido circundante.</td><td>Orientar e demonstrar o paciente/pessoas significativas sobre o uso de equipamentos/cuidado em ostomias.</td></tr>
<tr><td>Aplicar adequadamente o ajuste do aparelho da ostomia, conforme necessário.</td></tr>
<tr><td>Monitorar a incisão/cicatrização do estoma.</td></tr>
<tr><td>Monitorar complicações pós-operatórias, tais como obstrução intestinal, íleo paralítico, fístula, ou separação mucocutânea, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td>Monitorar o tecido de cicatrização do estoma e a adaptação ao equipamento da ostomia.</td></tr>
<tr><td>Alterar/esvaziar a bolsa de ostomia, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td>Orientar o paciente como monitorar as complicações (p. ex., falha mecânica, falha química, erupção cutânea, vazamentos, desidratação, infecção).</td></tr>
<tr><td>Orientar o paciente sobre os mecanismos para reduzir o odor.</td></tr>
<tr><td>Monitorar os padrões de eliminações.</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Cuidados circulatórios: insuficiência venosa<br><br>Definição: Promoção da circulação venosa.</td><td>Realizar avaliação abrangente da circulação periférica (p. ex., pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura).</td></tr>
<tr><td>Inspecionar a pele quanto a leões de estase e ruptura do tecido.</td></tr>
<tr><td>Monitorar o grau de desconforto ou dor.</td></tr>
<tr><td>Elevar o membro acometido 20 graus ou mais acima do nível do coração, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td>Mudar a posição do paciente, conforme protocolo institucional.</td></tr>
<tr><td>Monitorar estado hídrico, incluindo ingestão e eliminação.</td></tr>
<tr><td>Controle de medicamentos<br><br>Definição: facilitação do uso seguro e eficaz de fármacos vendidos com prescrição e isentos de prescrição.</td><td>Monitorar sinais e sintomas de toxicidade de fármacos (quimioterapia, antibióticos).</td></tr>
<tr><td>Conduta de radioterapia<br><br>Definição: Auxílio ao paciente para que entenda e minimize os efeitos secundários dos tratamentos radioterápicos.</td><td>Monitorar sinais e sintomas de toxicidade de fármacos (quimioterapia, antibióticos).</td></tr>
</table>

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Integridade da membrana mucosa oral prejudicada**<br>Definição: Lesão em lábios, tecidos moles, cavidade oral e/ou orofaringe. | | **Saúde oral**<br>Definição: Condição da boca, dos dentes, das gengivas e da língua. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Hábitos de higiene oral inadequados | Dificuldade para deglutir | Limpeza da boca | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Conhecimento inadequado sobre higiene oral | Descamação | Dor | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Consumo de álcool | Dificuldade para falar | Integridade da mucosa oral (p.ex., mucosite e cândida) | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Desidratação | Dor oral | | | | |
| Desnutrição | Edema oral | | | | |
| Disfunção cognitiva | Estomatite | | | | |
| Doenças do sistema imune | Gosto ruim na boca | | | | |
| Estressores | Halitose | | | | |
| Imunossupressão | Hiperemia | | | | |
| Estado de jejum oral por mais de 24 h | Lesão oral/gengival | | | | |
| Salivação diminuída | Língua saburrosa | | | | |
| Dificuldade para realizar autocuidado oral | Manchas brancas na boca | | | | |
| Infecções | Palidez na mucosa oral/gengival | | | | |
| Fator mecânico (p. ex., aparelho ortodôntico, dispositivo ventilatório ou dentaduras mal ajustadas). | Placa esbranquiçada na boca | | | | |
| Trauma oral | | | | | |
| Sintomas depressivos | | | | | |
| Regime de tratamento | | | | | |
| Respiração pela boca | | | | | |
| Tabagismo | | | | | |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Conduta da radioterapia**<br>Definição: Auxílio ao paciente para que entenda e minimize os efeitos secundários dos tratamentos radioterápicos. | Monitorar para efeitos adversos e efeitos tóxicos do tratamento. |
| | Fornecer informação ao paciente e à família sobre o efeito da radiação sobre as células malignas. |
| | Monitorar quanto a alterações na integridade da pele e tratá-las apropriadamente. |
| | Monitorar quanto a sinais de infecção das membranas mucosas orais. |
| | Encorajar uma boa higiene oral com o uso de equipamentos. |
| | Orientar o paciente sobre a autoavaliação da cavidade oral, incluindo sinais e sintomas a serem relatados e encaminhados para investigação (p. ex., queimação, dor e sensibilidade). |
| **Controle da quimioterapia**<br>Definição: Auxílio ao paciente e sua família a compreender a ação e minimizar os efeitos colaterais de agentes antineoplásicos. | Fornecer informações para o paciente e a família sobre o efeito farmacológico antineoplásico em células malignas. |
| | Orientar o paciente a evitar alimentos quentes e picantes. |
| | Iniciar as atividades de restauração da saúde bucal, como o uso de saliva artificial, estimulantes de saliva, sprays bucais sem álcool, balas de hortelã sem açúcar e tratamentos com fluoreto, conforme apropriado. |

<table>
<tr><th>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td>Risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada<br>Definição: Suscetibilidade a lesão em lábios, tecidos moles, cavidade bucal e/ou orofaringe, que pode comprometer a saúde.</td><td colspan="4">Saúde oral<br>Definição: condição da boca, dos dentes, das gengivas e da língua.</td></tr>
<tr><td>Fatores de Risco</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Alergias</td><td>Limpeza da boca</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Disfunção cognitiva</td><td>Dor</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Hábitos de higiene oral inadequados</td><td>Integridade da mucosa oral (p.ex., mucosite e cândida)</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Conhecimento inadequado sobre higiene oral</td><td colspan="4" rowspan="15"></td></tr>
<tr><td>Consumo de álcool</td></tr>
<tr><td>Doenças do sistema imune</td></tr>
<tr><td>Estressores</td></tr>
<tr><td>Fator mecânico (p. ex., aparelho ortodôntico, dispositivo ventilatório ou dentaduras mal ajustadas).</td></tr>
<tr><td>Imunodeficiência</td></tr>
<tr><td>Imunossupressão</td></tr>
<tr><td>Infecções</td></tr>
<tr><td>Desnutrição</td></tr>
<tr><td>Procedimentos cirúrgicos</td></tr>
<tr><td>Quimioterapia</td></tr>
<tr><td>Radioterapia</td></tr>
<tr><td>Tabagismo</td></tr>
<tr><td>Trauma</td></tr>
<tr><th>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td rowspan="4">Manutenção da saúde oral<br>Definição: manutenção e promoção da higiene oral e saúde dentária para o paciente em risco de desenvolver lesões orais ou dentárias</td><td colspan="4">Estabelecer uma rotina de cuidados bucais.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Aplicar lubrificante para umedecer os lábios e a mucosa oral, conforme necessário.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Identificar o risco de desenvolvimento de estomatite secundária à terapia medicamentosa.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Orientar e auxiliar o paciente a realizar a higiene oral após a alimentação e sempre que necessário.</td></tr>
</table>

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Risco de quedas no adulto**<br>Definição: Suscetibilidade do adulto a vivenciar um evento que resulte em deslocamento inadvertido ao solo, chão, ou outro nível inferior, que pode comprometer a saúde. | **Mobilidade**<br>Definição: Capacidade de movimentar-se propositadamente pelo próprio ambiente, de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliar. | | | |
| **Fatores de Risco** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Histórico de quedas | Marcha | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 |
| Idade ≥ 60 anos | Equilíbrio | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 |
| Dispositivos auxiliares<br>(p. ex., andador, bengala, cadeira de rodas). | **Ocorrência de quedas**<br>Definição: quantidade de vezes que o indivíduo cai. | | | |
| Disfunção cognitiva. | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Ambiente desordenado | Cai indo ao banheiro | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 |
| Cenário pouco conhecido. | Cai quando caminha | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 |
| Exposição à condição insegura relativa ao tempo (p. ex., assoalho molhado, gelo). | Cai da cama | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 | 1 2 3 4 |
| Iluminação inadequada. | | | | |
| Material antiderrapante inadequado no banheiro. | | | | |
| Preparações farmacêuticas. | | | | |
| Hipoglicemia. | | | | |
| Anemia | | | | |
| Perturbações do sono. | | | | |
| Deficiência auditiva | | | | |
| Deficiência visual | | | | |
| Diarreia | | | | |
| Dificuldade na marcha | | | | |
| Equilíbrio postural prejudicado | | | | |
| Hipotensão ortostática | | | | |
| Incontinência | | | | |
| Mobilidade prejudicada | | | | |
| Neuropatia | | | | |
| Período de recuperação pós-operatória | | | | |
| Próteses de membro inferior | | | | |
| Incontinência | | | | |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Prevenção contra Quedas**<br><br>Definição: Instituição de precauções especiais em paciente em risco de ferimentos devido à queda. | Usar grades laterais com comprimento e altura apropriados para impedir a queda da cama, conforme necessário. |
| | Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial de quedas em um ambiente específico. |
| | Identificar as características do ambiente que podem aumentar o potencial de quedas (p. ex., pisos escorregadios e escadas abertas). |
| | Monitorar o passo, o equilíbrio e o nível da fadiga ao caminhar. |
| | Incentivar o paciente a usar a bengala ou o andador, conforme indicado. |
| | Manter dispositivos de assistência em boas condições de funcionamento. |
| | Travar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou da maca durante a transferência do paciente. |
| | Monitorar a habilidade de se transferir da cama para a cadeira e vice-versa. |
| | Usar as técnicas apropriadas para transferir o paciente da cadeira de rodas, cama, toalete, e assim por diante. |
| | Manter as grades laterais elevadas para impedir a queda da cama. |
| | Fornecer ao paciente dependente um meio de chamar ajuda (p. ex., luz ou campainha). |
| | Evitar desordem no chão. |
| | Educar familiares sobre os fatores de risco que contribuem para as quedas e como podem diminuir estes riscos. |
| | Auxiliar a família a identificar perigos na casa e a modificá-los. |
| | Afixar sinais para alertar a equipe que o paciente está em elevado risco de quedas. |
| **Controle do ambiente: segurança**<br><br>Definição: Monitoração e manipulação do ambiente físico para promoção de segurança. | Identificar as necessidades de segurança do paciente, com base no nível de funcionamento físico e cognitivo, além do histórico de comportamento. |
| | Identificar os riscos de segurança no ambiente (ou seja, físico, biológico e químico). |
| | Usar dispositivos de proteção (p. ex., barreiras, grades laterais, escadinha) para limitar fisicamente a mobilidade ou o acesso às situações perigosas. |

<table>
<tr><th>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td>Risco de Sangramento<br>Definição: Suscetibilidade à redução no volume de sangue, que pode comprometer a saúde.</td><td colspan="4">Conhecimento: Controle de Terapias de Anticoagulação<br>Definição: Extensão da compreensão sobre as finalidades terapêuticas, ações de risco dos agentes químicos que prolongam o tempo de coagulação sanguínea.</td></tr>
<tr><td>Fatores de Risco</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Trauma</td><td>Uso correto do medicamento prescrito</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Regime de tratamento</td><td>Importância dos testes laboratoriais exigidos</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Coagulopatia inerente<br>(p. ex., trombocitopenia).</td><td colspan="4">Coagulação sanguínea<br>Definição: Extensão que o sangue coagula dentro do período de tempo normal.</td></tr>
<tr><td>Função hepática prejudicada<br>(p. ex., cirrose, hepatite).</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Condição gastrintestinais<br>(p. ex., úlcera, pólipos, varizes).</td><td>Contagem de plaquetas</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td rowspan="8"></td><td>Hematomas</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Petéquias</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Equimose</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Púrpura</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td colspan="4">Recuperação cirúrgica: pós operatório imediato<br>Definição: O quanto um indivíduo atinge a função fisiológica basal após uma cirurgia de grande porte que necessite de anestesia.</td></tr>
<tr><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Drenagem da ferida /drenos/tubos</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
</table>

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Precauções contra Sangramento**<br><br>Definição: Redução de estímulos que podem induzir sangramento ou hemorragia em paciente de risco | Monitorar atentamente o paciente quanto a hemorragia. |
| | Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente (p. ex. verificar todas as secreções em busca de sangue vivo ou oculto). |
| | Observar os níveis de hemoglobina/hematócrito antes e depois de perda de sangue, conforme indicado. |
| | Monitorar os sinais vitais ortostáticos, incluindo pressão arterial. |
| | Manter repouso no leito durante sangramento ativo. |
| | Assistir a administração de hemocomponentes ou hemoderivados (p. ex., plaquetas e plasma fresco congelado), conforme apropriado. |
| | Evitar injeções (IM), conforme apropriado. |
| | Usar escova de dente macia ou esponjinhas para limpeza dos dentes para higiene oral. |
| | Orientar o paciente evitar procedimentos invasivos; quando necessários, monitorar atentamente quanto a sangramentos. |
| | Coordenar o horário de procedimentos invasivos com a transfusão de plaquetas ou plasma fresco congelado, conforme apropriado. |
| | Evitar constipação (p. ex., encorajar a ingestão de líquidos e emolientes fecais), conforme apropriado. |
| | Orientar o paciente e/ou familiares sobre sinais de sangramento e ações apropriadas (p. ex., notificar o enfermeiro) se ocorrer sangramento. |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Risco de lesão por pressão no adulto**<br>Definição: Suscetibilidade a lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente do adulto, como resultado de pressão, ou pressão combinada a cisalhamento, que pode comprometer a saúde. | **Integridade Tissular: Pele e Mucosas**<br>Definição: Integridade estrutural e a função fisiológica normal de pele e mucosas. | | | |
| **Fatores de Risco** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Idosos | Descamação da pele | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Deficiência intelectual | Integridade tecidual | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Anemia | Hidratação | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Circulação prejudicada | Sensibilidade | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Conhecimento inadequado do cuidador sobre estratégias de prevenção de lesão por pressão | Espessura | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Déficit de autocuidado | Perfusão tissular | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Perfusão tecidual diminuída | | | | |
| Desidratação | | | | |
| Edema | | | | |
| Imobilização | | | | |
| Indivíduos com índice de massa corporal abaixo dos parâmetros normais | | | | |
| Hipertermia | | | | |
| Indivíduos com história de lesão por pressão | | | | |
| Umidade excessiva | | | | |
| Duração prolongada de procedimento cirúrgico | | | | |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Prevenção de lesões por Pressão**<br><br>Definição: Prevenção de lesões por pressão para um indivíduo em alto risco de desenvolvê-las. | Utilizar escala de Braden. |
| | Aplicar Trixolid 40 ml 1 x ao dia. |
| | Documentar o estado da pele na admissão e diariamente. |
| | Aplicar Cavilon 20g 1x ao dia, após o banho. |
| | Alternar decúbito a cada 2 horas, do modo apropriado. |
| | Evitar massagear sobre proeminências ósseas. |
| | Posicionar com coxins para elevar pontos de pressão do leito e aplicar protetores. |
| | Realizar banho com água morna, compressa macias e sabão neutro 10 ml. |
| | Solicitar avaliação nutricional e acompanhamento dietético. |
| | Instruir a família ou cuidador sobre sinais de lesão da pele, quando apropriado. |
| | Manter os lençóis limpos, secos e sem amassados. |
| | Utilizar leitos e colchões especializados (p. ex. colchão pneumático). |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Hipertermia**<br>Definição: Temperatura corporal central acima da faixa diurna normal devido à falha de termorregulação. | | **Gravidade da infecção**<br>Definição: gravidade dos sinais e sintomas da infecção. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Desidratação | Pele quente ao toque | Calafrios | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Roupa inadequada | Hipotensão | Instabilidade da temperatura | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Atividade vigorosa | Taquipneia | | | | |
| | Pele avermelhada | | | | |
| | Taquicardia | | | | |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Regulação da Temperatura**<br><br>Definição: Obtenção ou manutenção da temperatura corporal dentro de uma variação normal. | Monitorar a temperatura pelo menos a cada 2 horas, conforme apropriado. |
| | Monitorar a pressão arterial, pulso e respiração, conforme apropriado. |
| | Monitorar a cor da pele e a temperatura. |
| | Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipertermia e hipotermia. |
| | Administrar medicamento antitérmico, conforme apropriado. |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Recuperação cirúrgica retardada**<br>Definição: Extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar. | | **Cicatrização de feridas: primeira intensão**<br>Definição: Extensão da regeneração de células e de tecidos após fechamento intencional. | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Aumento do nível de glicose no sangue | Expressa desconforto | Aproximação das bordas da ferida | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Resposta emocional negativa para resultado cirúrgico | Dificuldade em se locomover | Aproximação da pele | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Dor persistente | Cura interrompida da área cirúrgica | **Cicatrização de feridas: segunda intensão**<br>Definição: Extensão da regeneração de células e de tecidos após fechamento intencional. | | | |
| Mobilidade física prejudicada | Anorexia | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Náusea persistente | Requer assistência para autocuidado | Tamanho da ferida diminuído | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Formação de cicatriz | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Tamanho da ferida diminuído | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | **Cicatrização de feridas: segunda intensão**<br>Definição: Extensão da regeneração de células e de tecidos após fechamento intencional. | | | |
| | | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| | | Ingestão de nutrientes | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

<table>
<tr><th>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th>ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td rowspan="6">Cuidados com o local da incisão<br>Definição: limpeza, monitoração e promoção de cicatrização de uma ferida que é fechada com suturas, clipes ou grampos</td><td>Inspecionar o local da incisão para detecção de vermelhidão, edema ou sinas de deiscência ou evisceração.</td></tr>
<tr><td>Observar as características de qualquer secreção.</td></tr>
<tr><td>Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão.</td></tr>
<tr><td>Limpar a área ao redor da incisão com uma solução de limpeza adequada.</td></tr>
<tr><td>Trocar o curativo em intervalos apropriados.</td></tr>
<tr><td>Ensinar o paciente e/ou família a cuidar do local da incisão, incluindo sinais e sintomas de infecção.</td></tr>
<tr><td rowspan="7">Cuidados com lesões<br>Definição: Prevenção de complicações e promoção de cicatrização de lesões.</td><td>Reposicionar o paciente a intervalos de pelo menos 2 horas, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td>Monitorar/Registrar as características da lesão, incluindo drenagem, cor, tamanho (medir o leito da lesão) e odor.</td></tr>
<tr><td>Limpar com soro fisiológico ou substância atóxica, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td>Aplicar uma cobertura apropriada ao tipo de lesão.</td></tr>
<tr><td>Manter técnica estéril durante a realização do curativo na lesão, conforme apropriado</td></tr>
<tr><td>Trocar o cobertura conforme a quantidade de exsudato e drenagem.</td></tr>
<tr><td>Posicionar o paciente de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td>Risco de trauma vascular<br>Definição: Susceptível a danos à veia e aos tecidos circundantes relacionados à pressão presença de cateter e / ou soluções infundidas, que podem comprometer a saúde.</td><td colspan="4">Gravidade da infecção<br>Definição: gravidade dos sinais e sintomas da infecção</td></tr>
<tr><td>Fatores de Risco</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Local de inserção disponível inadequado</td><td>Febre</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Cateter de período prolongado de tempo está no lugar</td><td>Dor</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>Endurecimento</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Calafrios</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><th>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Terapia intravenosa<br>Definição: Administração e monitoramento de líquidos e medicamentos intravenosos.</td><td colspan="4">Seguir técnica asséptica estrita.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Monitorar a velocidade do fluxo endovenoso e o sítio endovenoso durante a infusão.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Monitorar para sinais e sintomas associados com flebite pela infusão e infecção local.</td></tr>
</table>

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Risco de termorregulação ineficaz**<br>Definição: Susceptibilidade à oscilação da temperatura entre hipotermia e hipertermia, que pode comprometer a saúde. | **Gravidade de Náusea e Vômitos**<br>Definição: Gravidade dos sinais e sintomas da náusea, da ânsia de vômito e do vômito. | | | |
| **Fatores de Risco** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Demanda de oxigênio aumentada | Contagem diferencial de série branca sanguínea | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Desidratação | Avaliações de rastreio de infecções atuais | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Inatividade | Temperatura corporal | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Oscilações da temperatura do ambiente | | | | |
| Vestuário inadequado para a temperatura ambiental | | | | |
| **INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM** | **ATIVIDADES** | | | |
| **Regulação da temperatura**<br>Definição: Obtenção ou manutenção da temperatura corporal dentro de uma variação normal. | Monitorar a temperatura pelo menos a cada duas horas, conforme apropriado. | | | |
| | Monitorar a pressão arterial, pulso e respiração, conforme apropriado. | | | |
| | Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipotermia e hipertermia. | | | |
| | Administrar medicamento antipirético, conforme apropriado. | | | |
| **Proteção contra a infecção**<br>Definição: Prevenção e detecção precoce da infecção em um paciente em risco. | Monitorar sinais e sintomas sistêmicos localizados da infecção. | | | |
| | Monitorar vulnerabilidade da infecção. | | | |
| | Monitorar contagens totais de granulócitos, de células brancas e resultados diferenciais. | | | |
| | Seguir precauções neutropênicas, conforme apropriado. | | | |

**Quadro 10** – Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao Domínio 12 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Náusea<br>Definição: Um fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e estômago, que pode ou não resultar em vômito.</td><td colspan="4">Gravidade de Náusea e Vômitos<br>Definição: Gravidade dos sinais e sintomas da náusea, da ânsia de vômito e do vômito.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Enjoo causado pelo movimento</td><td>Aversão alimentar</td><td>Frequência da Náusea</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Temer</td><td>Sensação de engasgo</td><td>Intensidade da Náusea</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Exposição a toxinas</td><td>Sabor azedo</td><td colspan="4" rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>Ansiedade</td><td>Aumento da salivação</td></tr>
<tr><td>Estímulos sensoriais desagradáveis</td><td>Estímulos sensoriais desagradáveis</td></tr>
<tr><td>Infecção do trato respiratório</td><td>Infecção do trato respiratório</td></tr>
<tr><th colspan="2">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="6">Controle de Náusea<br>Definição: prevenção e amenização da náusea</td><td colspan="4">Incentivar a monitorar a própria experiência de náusea</td></tr>
<tr><td colspan="4">Realizar avaliação completa da náusea, incluindo frequência, duração, intensidade e fatores precipitantes; usar instrumentos como Diário de Autocuidados, Escalas Analógicas Visuais, Escalas Descritivas de Duke e Índice Rhodes de Náusea e Vômito (NV) Formulário 2</td></tr>
<tr><td colspan="4">Identificar fatores (p. ex., medicação e procedimentos) que possam causar ou contribuir para a náusea.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Certificar se fármacos antieméticos efetivos estão sendo administrados para prevenir a náusea quando possível (exceto para a náusea relacionada com gravidez)</td></tr>
<tr><td colspan="4">Controlar os fatores ambientais que possam provocar náusea (odores aversivos, som e estimulação visual desagradável)</td></tr>
<tr><td colspan="4">Incentivar a ingestão de pequenas quantidades de alimento que sejam atraentes à pessoa nauseada</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Conforto Prejudicado<br>Definição: Percebida a falta de facilidade, alívio e transcendência física, psicoespiritual, dimensões ambientais, culturais e / ou sociais</td><td colspan="4">Estado de conforto<br>Definição: bem-estar e segurança física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental de um indivíduo</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Privacidade insuficiente</td><td>Relata o ciclo de sono-vigília alterado</td><td>Bem estar físico</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Recursos de saúde inadequados</td><td>Ansiedade</td><td>Temperatura do ambiente</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Estímulos ambientais desagradáveis</td><td>Chorando</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td></td><td>Expressa descontentamento com situação</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td></td><td>Dificuldade em relaxar</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td></td><td>Humor irritável</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td></td><td>Agitação psicomotora</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td></td><td>Expressa sensação de calor</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><th colspan="2">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">Controle do ambiente: conforto<br>Definição: Manipulação do ambiente do paciente para promover o máximo de conforto.</td><td colspan="4">Determinar a causa do desconforto, como curativos molhados, posicionamento dos tubos, curativos apertados, roupa de cama amarrotada e irritantes ambientais.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Fornecer ou remover cobertores para promover conforto térmico, conforme indicado.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Evitar exposições desnecessárias a correntes de ar, calor extremo ou friagem.</td></tr>
<tr><td colspan="4">Posicionar o paciente para facilitar o conforto (p. ex., usar os princípios do alinhamento corporal, apoiar o corpo com travesseiros, apoiar as articulações durante a movimentação, proteger a área de incisão e imobilizar a região dolorida).</td></tr>
</table>

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | RESULTADO DE ENFERMAGEM | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Dor Aguda**<br>Definição: Experiência sensorial e emocional desagradável associada com real ou potencial dano ao tecido inicial, ou descrito em termos de tal dano (International Associação para o estudo da dor); início súbito ou lento de qualquer intensidade de leve a grave com um fim previsto ou previsível e com uma duração inferior a 3 meses | | **Controle da dor**<br>Definição: ações pessoais para controlar a dor | | | |
| **Fatores Relacionados** | **Características Definidoras** | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| Agente de lesão física | Comportamento expressivo (p. ex., agitação, choro, vigilância) | Reconhece o início da dor | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| Agente de lesão biológica | Comportamento protetor | Usa recursos disponíveis | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Diaforese | Usa medidas de alivio não analgésicas | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Expressão facial de dor | Relata mudanças nos sintomas da dor ao profissional de saúde | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Mudança de apetite | Relata sintomas não controlados ao profissional de saúde | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | Parâmetro fisiológico alterad | | | | |
| | | **Controle da dor**<br>Definição: ações pessoais para controlar a dor | | | |
| | | **Indicadores** | **Basal** | **Esperado** | **Obtido** |
| | | Dor relatada | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Duração dos episódios de dor | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| | | Expressões faciais de dor | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Controle do ambiente: conforto**<br>Definição: Manipulação do ambiente do paciente para promover o máximo de conforto. | Fazer uma avaliação abrangente da dor para incluir a localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou severidade da dor e fatores precipitantes. |
| | Observar sinais de desconforto, principalmente naqueles que não conseguem se comunicar efetivamente |
| | Utilizar combinações de analgésicos (p. ex., opioides mais não opioides) se o nível de dor for intenso |
| | Explorar com o paciente os fatores que melhoram/pioram a dor. |
| | Fornecer informações precisas à família sobre a experiência de dor do paciente |
| | Modificar as medidas de controle da dor com base na resposta do paciente ao tratamento |
| **Administração de analgésicos**<br>Definição: Uso de agentes farmacológicos para reduzir ou eliminar a dor. | Verificar história de alergias a medicamentos. |
| | Envolver o paciente na escolha do analgésico, via de administração e dose, conforme apropriado |
| | Administrar analgésicos em horários certos para prevenir flutuações nos níveis de analgesia, especialmente em caso de dor intensa, conforme apropriado |
| | Considerar o uso de infusão contínua isoladamente ou em associação a opioides em bolus para manter os níveis séricos |
| | Orientar o paciente a solicitar medicamentos analgésicos prescritos “se necessário” antes que a dor esteja grave. |
| | Documentar a resposta ao analgésico e qualquer efeito indesejável |

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Dor crônica<br>Definição: Experiência sensorial e emocional desagradável associada com real ou potencial dano ao tecido inicial, ou descrito em termos de tal dano (International Associação para o estudo da dor); início súbito ou lento de qualquer intensidade de leve a grave, constante ou recorrente sem um fim previsto ou previsível, e com duração superior a 3 meses</td><td colspan="4">Controle dos sintomas<br>Definição:  ações pessoais para minimizar mudanças adversas percebidas no funcionamento físico e emocional.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Agente de ferimentos</td><td>Relato de outra pessoa sobre comportamento da dor/ mudanças na atividade (p. ex., familiar, cuidador)</td><td>Monitorar o início/ persistência/ gravidade/ frequência dos sintomas</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Estresse psicológico</td><td>Posição para aliviar a dor</td><td>Utiliza medidas preventivas e de alívio dos sintomas</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td></td><td>Mudança no padrão do sono</td><td>Monitora a variação dos sintomas</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td></td><td>Expressão facial de dor</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>Autorrelato de intensidade</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

| INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM | ATIVIDADES |
|---|---|
| **Controle da dor: crônica**<br><br>Definição: amenização ou redução de dor persistente que continua além do período normal de recuperação, teoricamente 3 meses, até um nível aceitável para o paciente | Realizar avaliação abrangente de dor, incluindo localização, início, duração, frequência e intensidade da dor, bem como fatores de melhora e fatores desencadeantes. |
| | Utilizar um instrumento de avaliação de dor crônica válido e confiável (p. ex., Brief Pain Inventory-Short Form, McGill Pain Questionnaire-Short Form, Fibromyalgia Impact Questionnaire) |
| | Certificar-se de que o paciente receba cuidados analgésicos antes que a intensidade da dor se torne intensa ou antes de atividades que induzam a dor |
| | Explorar com o paciente os fatores que melhoram/pioram a dor. |
| | Avaliar, com o paciente e a equipe de saúde, a efetividade das medidas passadas de controle da dor que foram utilizadas. |
| | Incentivar o paciente a monitorar a dor e a utilizar abordagens de autocontrole |
| | Selecionar e implementar opções de intervenções individualizadas para os riscos, benefícios e preferências do paciente (p. ex., farmacológicas, não farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor |
| | Modificar as medidas de controle da dor com base na resposta do paciente ao tratamento. |
| | Avaliar a efetividade das medidas de controle da dor por meio da monitoração contínua da experiência de do paciente. |

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a construção, implantação e implementação de um instrumento (tecnologia assistencial do tipo matriz) como o apresentado anteriormente, em um setor de internação oncológica, possibilitou aos enfermeiros, docentes e discentes o exercício de construção coletiva com base na realidade da unidade em questão, favoreceu a discussão clínica no grupo, durante os encontros, nos quais se delinearam os aspectos que seriam considerados como fundamentais.

Na prática assistencial do enfermeiro, o primeiro passo para que essa matriz seja aplicada é a realização do Histórico de Enfermagem, realizado na primeira consulta/contato com o paciente. A partir da realização dessa etapa do PE, o enfermeiro tem subsídios para elencar os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (2021-2023), a partir dos seus domínios, de uma maneira facilitada, visto que a matriz conta com diagnósticos prevalentes de acordo com o perfil dos pacientes internados na unidade.

A produção da matriz, contendo diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para pacientes em tratamento nas unidades oncológicas é uma forma de tornar factível a prestação de cuidados embasados em princípios científicos. Essa tecnologia assistencial auxilia o enfermeiro na organização do raciocínio clínico, e sequencialmente permite-lhe emitir um julgamento clínico sobre a situação de saúde/doença apresentadas, sendo que, diante desta metodologia o enfermeiro torna-se detentor de autonomia profissional, o que o fortalece a categoria, uma vez que o profissional se apropria de um referencial teórico que configura um constructo de sua profissão.

Ressalta-se que o conteúdo definido para a construção desta tecnologia, pode ser alterado a partir das necessidades, perfil clínico e individualidades de cada paciente e sua devida patologia, bem como o serviço prestado na rede de atenção e cuidado oncológico.

## REFERÊNCIAS

1. Rosas-Cervantes E, Valenzuela-Suazo S, Jiménez-González MJ. Trascendencia espiritual, oportunidad de cuidadores informales de personas mayores: revisión integrativa desde la filosofía de Watson. Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2020[Acesso em: 03 abr 2021]; 9(2):149-159. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000200149&lng=es

2. Tosin MHS, Campos DM, De Andrade LT, De Oliveira BGRB, Santana RF. Intervenções de Enfermagem para a reabilitação na doença de Parkinson: mapeamento cruzado de termos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016; 24:e2728. [Acesso em: 03 abr 2021]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100360&lng=en. DOI: 10.1590/1518-8345.0689.2728

3. Da Cruz DALM, Guedes ES, Dos Santos MA, De Sousa RMC, Turrini RNT, Maia MM et al. Documentação do processo de enfermagem: justificativa e métodos de estudo analítico. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2016 [Acesso em: 03 abr 2021]; 69(1): 197-204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100197&lng=en

4. Santos JS, Lima LM, Melo IA. Sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva: revisão bibliográfica. CGCBS [Internet]. 2014 [Acesso em: 01 abr 2021]; 2(2):59-68. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/1657

5. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. (org.). Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2021-2023. Porto Alegre: Artmed, 2021.

6. Moorhead S et al. Nursing Outcomes Classification. Editora: GEN Guanabara Koogan, 2020.

7. Butcher HK et al. (2020). NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem (7. ed.). GEN Guanabara Koogan.

CAPÍTULO 5

# A INFORMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO CATARINENSE: UM AVANÇO NECESSÁRIO

*Alexander Garcia Parker*
*Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt*
*Priscila Biffi*
*Laura Cocco*
*Agatha Carina Leite Galvan*

## INTRODUÇÃO

A enfermagem possui várias ferramentas de trabalho, considerando-as como um conjunto de ações que servem para organizar, planejar, implementar e controlar a assistência à saúde, que são prestadas aos indivíduos e comunidade. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE) são caracterizados como ferramentas de trabalho, as quais auxiliam a administrar, assistir e desempenhar a gerência em enfermagem, alcançando metas, organizando e avaliando o trabalho desenvolvido.[1]

De acordo com a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a SAE organiza o trabalho quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível operacionalizar o PE. A implementação do PE, em ambientes públicos ou privados, deve ser realizada em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo elas: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação, e avaliação de enfermagem.[2]

O modelo de assistência de enfermagem orientado pelo PE valoriza o planejamento das ações, as intervenções, a avaliação e os resultados estabelecidos para cada paciente. Nessa perspectiva, caracteriza-se por ser um instrumento

metodológico norteador das decisões clínicas e do cuidado prestado pelos enfermeiros. A documentação de enfermagem nos serviços de saúde, quando estruturada segundo o PE, torna-se uma ferramenta de comunicação resolutiva, evidenciando a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população.[2]

A constante busca pelos benefícios oriundos da implementação de estratégias de comunicação resolutivas e clarificadas, incide na necessidade decorrente da exigência moderna da prática, de comunicar informações por meio do emprego de terminologias comuns e articuladoras entre profissionais, acompanhando os avanços tecnológicos da atualidade.

Com a crescente complexidade da enfermagem nos campos do conhecimento científico e das tecnologias, mais especificamente da informatização nas instituições de saúde, e do aprimoramento do raciocínio clínico, torna-se um constante desafio utilizar sistemas de padronização da linguagem técnica para auxiliar também no registro de informações. Assim, a Resolução 514/2016 do COFEN aprova um guia de recomendações com a finalidade de instrumentalizar os profissionais para a importância e a prática da documentação, objetivando garantir a qualidade das informações. Apesar de se ter ciência da necessidade de documentar o processo do cuidado, esta não é uma prática cotidiana nos serviços de saúde e, quando realizada, traz muitas vezes informações breves, inconsistentes ou até mesmo equivocadas. Além disso, não há uma padronização universal destes registros e instrumentos.[3]

A construção e implementação dos registros eletrônicos do PE, a partir de um banco de dados com interconexão de informações, contribui para qualificar e agilizar a tomada de decisão do enfermeiro, favorecendo inclusive a capacitação de profissionais recém-admitidos e acadêmicos de enfermagem, conforme relatado em um estudo desenvolvido em uma instituição referência para o tratamento do câncer no estado de Santa Catarina.[4] Os autores enfatizam ainda que o uso da tecnologia para informatizar os registros de enfermagem traz inúmeros benefícios para o paciente, cuidadores, profissionais de enfermagem e para a instituição de saúde como um todo, abrangendo a facilidade e segurança no acesso às informações, disponibilidade de mais tempo para a assistência direta ao paciente/cuidador/família, e economia quanto aos insumos e materiais de escritório.[4]

Com isso, entende-se que as iniciativas de organização, documentação e padronização de nomenclaturas, mais especificamente com o uso do PE, tornam-se necessárias, dada a sua abrangência para a compreensão de sua prática, entendendo-se nela o ensino, a assistência, a pesquisa e as atividades de extensão universitária, visando o melhoramento no contexto amplo da comunicação,

bem como da representatividade da enfermagem enquanto profissão do cuidado. Dentre os diversos tipos de tecnologias empregadas em um ambiente de saúde, o PE destaca-se como uma tecnologia que orienta o cuidado profissional de enfermagem por meio da avaliação clínica, da seleção de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Existe um reconhecimento crescente de que o emprego de registros de saúde eletrônicos favorece a melhoria dos cuidados prestados e, portanto, o uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), a qual inclui internet, dispositivos ambientais e sistemas inteligentes de computação, dentre outras ferramentas, são consideradas um importante fator impulsionador na prática e gestão dos serviços de saúde.[5] Logo, pode-se dizer que as TICs cumprem papel indispensável no desenvolvimento do PE, ao permitir a sua integração com outros sistemas e bancos de dados da instituição de saúde, além de proporcionar melhoria na qualidade da assistência. Nessa perspectiva, este capítulo apresenta a adequação às TIC de um hospital no Oeste catarinense.

## A IMPLEMENTAÇÃO DO PE E DAS TIC NO HOSPITAL REGIONAL DO OESTE (HRO)

Visando obter os benefícios mencionados anteriormente, e, sobretudo, atender às exigências impostas pela resolução COFEN 358/2009, a qual versa sobre a obrigatoriedade do desenvolvimento do PEem todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o exercício profissional da enfermagem, o Hospital Regional do Oeste (HRO) localizado no município de Chapecó/SC, instituição de caráter público que conta com aproximadamente 1369 funcionários e que possui 25 especialidades médicas, atendendo uma população de 1,3 milhão de pessoas oriundas dos municípios da região oeste de Santa Catarina, sudoeste do Paraná, norte e nordeste do Rio Grande do Sul, inicia um movimento com vistas a implementar o PE e, posteriormente, informatizá-lo.

Assim, foi criada, em 2014, a COMPEnf (Comissão de Implantação e Implementação do PE no HRO), composta por professores representantes de três Instituições de Ensino Superior (IES) as quais ofertam curso de graduação em enfermagem no município, por um enfermeiro do serviço eleito como coordenador, pela diretora de enfermagem, por um representante da educação permanente da referida instituição e por acadêmicos de enfermagem. A partir da

criação da COMPEnf, dada a sua característica de ser uma comissão permanente, as atividades foram sistematizadas utilizando-se o método das "rodas de conversa", com um cronograma de encontros quinzenais com os profissionais das unidades contempladas.

Os primeiros encontros organizados pela COMPEnf serviram para definir os referenciais teóricos a serem adotados para nortear o desenvolvimento do PE. Considerando que as teorias de enfermagem constituem um dos elementos de representação da linguagem específica, possibilitando definir e explicar/interpretar os fenômenos que configuram os interesses da profissão, optou-se pela adoção da teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta como um dos suportes teóricos orientadores para a operacionalização do PE, conjuntamente com as taxonomias *Nanda International* (NANDA-I), *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e *Nursing Interventions Classification* (NIC).

A teoria das Necessidades Humanas Básicas, desenvolvida por Wanda de Aguiar Horta, apresenta uma proposta de classificação em níveis, representando as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. As necessidades psicobiológicas representam o corpo físico; as psicossociais são aquelas relacionadas à convivência do indivíduo com as outras pessoas, e as psicoespirituais derivam dos valores e crenças dos indivíduos. Cada uma delas é representada por subgrupos de necessidades, devendo ser definidas à luz do conhecimento científico e pelas expressões de insatisfação, quando as necessidades não são atendidas.[6]Assim, para que se tenha uma assistência de enfermagem harmonizada, o PE necessita estar baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, a seleção dos diagnósticos, o planejamento e a implementação das ações, bem como a avaliação dos resultados de enfermagem obtidos.[2] É importante também que o suporte teórico escolhido seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realiza o cuidado.

Quanto ao desenvolvimento do instrumento de coleta de dados de enfermagem, também chamado de histórico de enfermagem, optou-se pela utilização dos 13 domínios da NANDA-I como suporte teórico norteador, quais sejam: Promoção da Saúde; Nutrição; Eliminação e Troca; Atividade/ Repouso; Percepção/ Cognição; Autopercepção; Papéis e Relacionamentos; Sexualidade; Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse; Princípios de vida; Segurança/ Proteção; Conforto; Crescimento/ Desenvolvimento.

O histórico de enfermagem é caracterizado como a primeira etapa do PE, configurando-se como um processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado através de métodos e técnicas variadas, tendo por finalidade obter informações

sobre a pessoa, família como também de determinada coletividade, além de observar e analisar suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.[2] Ao se definir claramente os problemas do paciente, com base na avaliação e coleta de dados, é possível planejar os cuidados, implementar intervenções e avaliar os resultados obtidos.[7]

Dentre as diversas tecnologias presentes no ambiente hospitalar, o PE destaca-se como um instrumento tecnológico ou modelo metodológico que surge para estabelecer as condições necessárias para que o cuidado seja realizado e a prática profissional seja devidamente sistematizada, planejada, organizada e documentada, tendo esta última condição, por base, o uso de estratégias de padronização da linguagem técnica.

É importante destacar que os saberes inerentes à profissão da enfermagem podem ser organizados através dos chamados Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem (SLP), ou seja, se constituem em estruturas que organizam um conjunto de termos resultantes de consensos entre profissionais enfermeiros, com a finalidade de descrever os Diagnósticos, Resultados e as Intervenções necessárias para a obtenção dos resultados esperados. O emprego dos SLP na Enfermagem tem sido apontado como uma estratégia para a profissão alcançar a conformação da ciência, através do cuidado sistematizado e direcionado às prioridades de saúde inseridas no contexto assistencial dos mais diversificados cenários de saúde.[8]

Nesse ínterim, tais terminologias/conceitos caracterizam-se como sendo as respostas dos usuários dos serviços de saúde às circunstâncias da vida, representadas pelos Diagnósticos; o planejamento das condições de saúde e bem estar que se quer obter, neste caso os Resultados; e as ações que deverão ser tomadas pelos profissionais de enfermagem para influenciar positivamente em uma determinada situação, denominadas de Intervenções.[9]

Buscando evitar que listas simples de termos sejam entendidas como SLP, grupos de trabalho têm mobilizado esforços, há alguns anos, no desenvolvimento de sistemas de classificação que permitam oferecer minimamente definições quanto à linguagem padronizada em enfermagem. Sem a observância desta orientação, seria possível a definição de qualquer termo por qualquer pessoa, descaracterizando assim a real essência da padronização de linguagem.[10]

Dito isso e, após a definição do referencial teórico a ser adotado, os encontros subsequentes subsidiaram a escolha dos sistemas de classificações, também chamados de classificações de enfermagem, as quais seriam utilizadas para o desenvolvimento das matrizes assistenciais que, posteriormente, dariam fundamentação

ao desenvolvimento do PE. As matrizes assistenciais são compilados contendo o perfil de Diagnósticos de enfermagem (NANDA-I), os resultados esperados e seus indicadores (NOC), as intervenções propostas e suas respectivas atividades (NIC), sendo que se produziu uma matriz específica para cada unidade, resguardando assim as particularidades dos setores onde se executa o cuidado de enfermagem. As matrizes assistenciais foram digitadas e formatadas pelos acadêmicos de enfermagem integrantes da COMPEnf.[11]

As chamadas taxonomias ou classificações de enfermagem são exemplos de SLP, como é o caso da NANDA-I (NANDA Internacional), NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e NIC (Nursing Intervention Classification), as quais constituem estruturas organizacionais de terminologias e conceitos, descrevendo de forma padronizada, respectivamente, os diagnósticos, os resultados e as ações de enfermagem pertinentes ao cuidado.[9] A Aliança unindo a NANDA-I, NOC e NIC desenvolve a estrutura taxonômica denominada NNN. A utilização destas classificações estimula o raciocínio clínico do enfermeiro, ao provocar reflexões a partir de problemas de saúde advindos da prática, os quais exigem avaliação, ação e novamente avaliação dos resultados obtidos.

Na prática clínica, o uso dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) a partir da NANDA-I favorece a busca por intervenções baseadas em evidências e pode fomentar o desenvolvimento de discussões acerca de determinados casos clínicos. No exercício diário do PE, os enfermeiros necessitam de conhecimentos ampliados e capacidade de sistematizar o cuidado. Com isso, a seleção dos DE mais apropriados requer o exercício do pensamento crítico e conhecimentos fundamentais no contexto do exame físico e da entrevista, pois essa "transcrição/tradução" de informações através de um sistema de classificação entrega maior cientificidade ao trabalho do enfermeiro.

Com relação à classificação dos resultados de enfermagem, a taxonomia da NOC contém os conceitos que retratam estados, comportamentos ou percepções de um indivíduo, de um cuidador, da família ou coletividade. Cada resultado de enfermagem possui uma definição, uma escala de mensuração (ou escalas), uma lista de indicadores relacionados com o conceito e sugestão de leituras complementares. Pode ser utilizada para mensurar o estado clínico antes ou após a intervenção.[9]

A taxonomia da NIC, por sua vez, proporciona a ordenação das atividades de enfermagem em conjuntos com base nas suas relações e na determinação de

intervenções a estes grupos de atividades. Possui conceitos voltados ao tratamento de enfermagem, baseado no julgamento e conhecimento do enfermeiro, com vistas a melhorar ou manter um determinado resultado esperado do paciente. Tal como na taxonomia da NANDA-I, cada intervenção tem um título, uma definição, uma lista de atividades que podem ser elencadas de acordo com cada conceito selecionado, dispostas em uma ordem lógica, uma linha de fatos da publicação e leituras complementares.[12]

Evidenciou-se em um estudo de revisão integrativa que os SLP mais utilizados pela enfermagem brasileira são NANDA-I, NOC e NIC e que, inclusive, outros estudos já haviam apontado nessa direção. Os achados demonstraram que o emprego destes SLP na prática clínica valoriza o uso do registro eletrônico, representando um importante instrumento de informação para descrever os elementos da prática clínica, a fim de qualificar os registros de enfermagem. Além disso, ao possibilitar mudanças através da educação permanente, gestão e desenvolvimento de pesquisas, há uma maior visibilidade quanto ao importante papel da enfermagem. Entretanto, nem todos os cenários identificados nestes estudos apresentavam infraestrutura que permitisse a sua implantação.[13]

Após amplo debate acerca das classificações que poderiam ser escolhidas, de acordo com as necessidades do serviço, com as potências e desafios no emprego de cada uma delas, a COMPEnf deliberou pela adoção da estrutura taxonômica NNN. A partir daí as rodas de conversa, promovidas pela comissão, passaram a focar na seleção dos Diagnósticos de Enfermagem e, posteriormente, nos respectivos Resultados e Intervenções tomando por base a especificidade/perfil de cada unidade de internação da instituição hospitalar.

Após a definição das classificações, pode-se dizer que os encontros se tornaram mais dinâmicos e participativos. O protagonismo dos profissionais enfermeiros na construção e implementação do PE, na referida instituição hospitalar, demonstrou e tem demonstrado maior adesão ao uso desta importante ferramenta para o exercício da enfermagem. Percebeu-se que, ao participar diretamente da construção de todo o processo, a adesão dos enfermeiros se deu de maneira mais consistente, ao contrário do que muitas vezes é evidenciado em outros estudos, quando da imposição de ferramentas previamente construídas.

Na medida em que eram realizadas as rodas de conversa, os Diagnósticos, Resultados e Intervenções selecionados pelo grupo, sempre de acordo com a especificidade de cada unidade, davam origem às matrizes assistenciais. Vários desafios e obstáculos foram se desenhando no decorrer desta etapa, como por exemplo, falhas no arquivamento nos computadores, desconfiguração nos

formatos das planilhas, impossibilidade de participação de enfermeiros considerados referência em algumas das unidades participantes, e a própria resistência de alguns poucos profissionais ao novo e até então desconhecido.

Esquema demonstrativo das etapas da implantação e implementação do PE no HRO:

a) Construção do instrumento de histórico de enfermagem com base nos domínios da NANDA-I;
b) Seleção dos diagnósticos de enfermagem da Nanda I, características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco, respeitando o perfil clínico de cada unidade;
c) Implementação da primeira e segunda etapas do Processo de Enfermagem (respectivamente, coleta de dados e diagnósticos de enfermagem) na prática clínica;
d) Seleção dos resultados e indicadores de enfermagem da NOC com base nos DE selecionados;
e) Implementação dos resultados e indicadores de enfermagem da NOC na prática clínica (etapa de planejamento);
f) Seleção das intervenções e atividades de enfermagem da NIC com base nos DE;
g) Implementação das intervenções e atividades de enfermagem da NIC na prática clínica (etapa de implementação);
h) Informatização do PE. Nesta etapa, todas as matrizes assistenciais foram novamente digitadas e revisadas por acadêmicos de enfermagem bolsistas da UDESC; após, todo o constructo foi migrado para o *software*, com auxílio de um técnico da empresa desenvolvedora do sistema;
i) Após a implementação de todas as etapas do PE de forma informatizada, a COMPEnf realiza encontros quinzenais utilizando as estratégias de rodas de conversa e/ou estudos de casos clínicos com o objetivo de sanar dúvidas e qualificar o processo de operacionalização do PE. Além disso, é realizada uma auditoria mensal das atividades nas unidades, ou seja, é verificado “in loco” o desenvolvimento de todas as etapas que compõem o PE e, se necessário, novas discussões são retomadas. Atividades de assessoria também são desenvolvidas, de acordo com a demanda, diretamente nas unidades.

Identificada a relevância do PE para a realização do cuidado de enfermagem e a importância da sua implementação e operacionalização na prática dos serviços de saúde, tem-se como desafio o aprimoramento de novas tecnologias para esse cuidado. Quando um serviço de saúde passa a iniciar o processo de implantação e implementação do PE, é relevante que se avalie essa experiência, considerando a obtenção de dados que possam ser apresentados em pesquisas científicas, e utilizados como exemplo para a implementação do PE em outras instituições de saúde.[14]

Assim, utilizar-se dos avanços tecnológicos para planejar e implementar o cuidado de enfermagem tornou-se uma exigência crescente por parte dos serviços e dos próprios enfermeiros, principalmente no desenvolvimento do PE em sua integralidade. Nos encontros promovidos pela COMPEnf, sempre buscou-se abordar e enfatizar a importância da documentação do cuidado, e que a informatização do PE resultaria em economia de tempo e de custos, os quais poderiam ser redirecionados para a assistência, além, é claro, das implicações diretas na melhoria da qualidade do cuidado.

Nesse sentido, do uso de ferramentas tecnológicas para o cuidado, a informatização do PE pode ser considerada uma tendência nacional, nos mais variados ambientes de saúde. O PE, quando informatizado, proporciona maior segurança com relação a todas as informações e registros do paciente, servindo também como um facilitador da comunicação padronizada entre os integrantes da equipe.

Muito embora a implementação do PE informatizado possa parecer de alto custo, demorado e complexo, gradativamente as exigências e os benefícios têm feito com que muitas instituições de saúde adotem esta importante ferramenta para o exercício da enfermagem. Entretanto, alguns estudos têm demonstrado que em vários contextos de informatização do PE observa-se o desenvolvimento apenas de algumas etapas do processo, em detrimento da sua integralidade.[15]

A limitação contextualizada anteriormente, da não realização do PE na sua totalidade em muitos ambientes do cuidado, foi evidenciada em uma revisão integrativa, com destaque para a não utilização da classificação dos Resultados de Enfermagem da NOC em 5 dos 13 artigos analisados, os quais versavam sobre o desenvolvimento de *softwares* para o PE.[16] É oportuno ressaltar que o PE no HRO tem contemplado todas as suas etapas, incluindo a classificação de resultados de enfermagem da NOC, no sistema informatizado desenvolvido, pois acredita-se que o desenvolvimento do processo na sua integralidade contribui para a qualidade e segurança da assistência prestada.

Ao lado destes problemas, em muitas ocasiões o *software* adquirido pronto e implantado em uma determinada realidade pode não atender as particularidades e especificidades de um outro serviço, podendo aumentar as limitações quanto à sua utilização. Assim, desde o início dos trabalhos, a COMPEnf priorizou a construção de um *software* que contemplasse o perfil institucional, mostrando-se, inclusive, mais acessível do ponto de vista financeiro, quando comparado com outras ferramentas digitais comercializadas.

Ainda nesse contexto, da inserção de uma nova tecnologia para o cuidado no HRO, evidenciou-se a promoção de importantes mudanças operacionais, as quais estimularam transformações positivas na prestação de serviços, principalmente mediante às atividades técnico-assistenciais e administrativas do enfermeiro. A incorporação dos registros do PE em um *software*, na instituição hospitalar em questão, proporcionou satisfação aos enfermeiros, uma vez que aperfeiçoou seus processos de trabalho. A partir da implementação da nova forma de registro de informações, os enfermeiros potencializaram o tempo dispensado à essa atividade pois, na medida em que se familiarizavam com a ferramenta, se tornava mais fácil o seu manuseio. Além disso, os profissionais mostraram-se otimistas com a disposição de dados mais organizados, com uma melhor apresentação visual e com a possibilidade de geração de indicadores que possibilitem avaliar a qualidade do cuidado.

Os vários benefícios advindos da informatização do PE exigem também que o enfermeiro possua domínio de conhecimentos os quais, muitas vezes, não estão diretamente relacionados com a sua *práxis*. Assim, o planejamento cuidadoso antes da implantação de sistemas informatizados torna-se um fator indispensável para o sucesso da ação. Diante da remodelação da principal ferramenta de trabalho do enfermeiro, o treinamento profissional quanto às funcionalidades do *software* e recursos da nova tecnologia requer preparo prático e teórico.

Nesse sentido, da necessidade de realização de treinamentos, foi possível destacar o cuidado e investimento da instituição hospitalar participante que, conjuntamente com os docentes integrantes da COMPEnf, desenvolveram e ainda desenvolvem atividades de capacitação/aperfeiçoamento, visando instrumentalizar os profissionais não somente para o uso do *software*, mas também para o desenvolvimento do próprio PE. Cabe destacar também os esforços da comissão para, conjuntamente com os enfermeiros, manter atualizadas as matrizes assistenciais no *software*, de forma que se valorize continuamente o desenvolvimento do PE nos moldes das melhores práticas em saúde. Assim, reforça-se a relevância da estruturação de atividades de educação permanente como uma das estratégias

exitosas para a implementação do PE, as quais podem ser replicadas em outras realidades do cuidado.

Diante disso, conhecer os principais fatores que influenciaram o desenvolvimento, a implantação e a implementação do Processo de Enfermagem informatizado auxiliou no planejamento de estratégias de educação permanente com foco na superação de desafios, garantindo também a potencialização dos fatores positivos observados.

Ainda com relação à importância do desenvolvimento de atividades de educação permanente, em um estudo desenvolvido no Hospital do Câncer I, localizado no Rio de Janeiro, e pertencente ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), comparou-se o índice de registros do PE no modelo informatizado antes e após a realização de oficinas de sensibilização e aperfeiçoamento, evidenciando que os enfermeiros ultrapassaram a meta estabelecida sobre o índice geral de registros pós oficina, ou seja, houve um aumento dos registros realizados pelos participantes. A importância da participação e desenvolvimento de atividades de capacitação fica ainda mais evidente, neste mesmo estudo, quando a autora aponta um baixo índice de registro do Histórico de Enfermagem (HE), justificado pela ausência dos enfermeiros nas oficinas em que se trabalhou este tópico em específico.[17]

Outro fator apontado como potencializador para o uso do *software*, conforme evidenciado durante a implementação do PE no HRO, refere-se ao layout da ferramenta e o quão intuitiva ela apresenta-se. Assim, ao preencher um determinado campo, o *software* vai direcionando para as demais abas, as quais estão dispostas em um  mesmo local, assegurando o preenchimento de todas as etapas do PE. Corroborando com este achado, um estudo realizado em um hospital universitário do sudeste brasileiro destaca a multifuncionalidade de um instrumento tecnológico para o PE, o qual auxilia na tomada de decisão diagnóstica e na escolha das intervenções mais apropriadas para a situação de saúde, pois a partir do preenchimento do HE e achados do exame físico, o *software* realiza o cruzamento dos indicadores clínicos alterados, sugerindo os possíveis diagnósticos e uma lista das respectivas  intervenções.[18]

Assim, é oportuno destacar a atenção necessária com relação aos aspectos de layout/interface mais "amigável" do *Software*, da facilidade no manuseio, qualidade dos registros e o consequente melhor aproveitamento do tempo para a execução da atividade. Considerando que o início da informatização do PE no HRO se deu a partir da inclusão de planilhas no formato Word® contendo as matrizes NANDA-I, NOC E NIC, um estudo realizado nesta mesma instituição hospitalar demonstrou que, ao analisar a satisfação dos enfermeiros antes e após

a implementação do *software* específico para o PE, os resultados foram estatisticamente significantes. O grau de satisfação avaliado, que antes era de 16,88% com a utilização das planilhas em Word®, passou a ser de 26,55% com o uso do *software*.[14]

Este resultado é certificado também na literatura, como é o caso de um estudo de revisão integrativa que buscou comparar o grau de satisfação de enfermeiros com o uso de planilhas no formato Word®, com um modelo que utilizava um *software* para registro do PE, demonstrando que a satisfação geral foi significativamente maior com o uso de dispositivos eletrônicos específicos.[19]

Os relatos dos enfermeiros participantes do estudo desenvolvido no HRO, sobre a satisfação quanto ao uso de um *software* para o desenvolvimento do PE, dão conta de que o tempo necessário para o desenvolvimento do processo na sua integralidade, antes e depois da adoção do *software*, reduziu em, pelo menos, uma hora e trinta minutos. Como foi verificado, os enfermeiros adquiriram habilidade no uso da ferramenta, correspondendo cada vez mais a uma otimização do tempo para execução de todas as etapas do processo. Assim, acredita-se que uma maior organização dos dados registrados em cada etapa do PE tenha contribuído para o aprimoramento do uso do *software*, uma vez que ao encontrar todas essas informações em um único local, diferentemente do modelo anterior no qual necessitava-se percorrer vários caminhos para obter os dados na sua totalidade, potencializa-se o tempo e a qualidade das informações.[14]

Tendo em vista a complexidade e a qualidade dos registros, bem como outras questões relativas à sobrecarga de atividades e dimensionamento de pessoal de enfermagem, a incorporação de tecnologias que possam otimizar o tempo do profissional, ao mesmo tempo em que garante qualidade ao trabalho, tem se mostrado de grande importância.[20]

De forma complementar, ao registrar todas as etapas do PE, o *software* desenvolvido para uso no HRO produz um banco de dados com geração automática de indicadores, os quais são representados por gráficos e tabelas, permitindo ao profissional visualizar a evolução ou regressão dos resultados dos cuidados prestados pela enfermagem. Esses dados podem ainda ser utilizados para além do processo de cuidar, como por exemplo para o desenvolvimento de pesquisas, uma vez que se manterão armazenados e seguros. Tal benefício não era possível anteriormente, com a utilização das planilhas no Word®, visto que todo o processo de geração de gráficos e planilhas, quando realizado, se dava de forma manual.

Assim, com relação às ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem, o uso do *software* tem contribuído também para o monitoramento de todas estas atividades, caracterizando-se por ser uma excelente ferramenta gerencial. É oportuno

destacar que o acesso às informações de cada paciente, em qualquer lugar do hospital, através da identificação segura por meio de um *login* e senha, permite aos profissionais o acompanhamento, quando necessário, inclusive à distância.

Entretanto, em meio aos inúmeros benefícios, é possível perceber também a ocorrência de aspectos negativos, mesmo que pontuais, advindos da informatização do PE. Pode-se trazer como exemplo a cópia de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de dias anteriores, para o mesmo paciente, prejudicando com isso o efetivo exercício do raciocínio clínico e a confiabilidade dos registros. Outro ponto que merece destaque é a escolha, por vezes equivocada, de indicadores de resultados de enfermagem da NOC, ou até mesmo dos índices da magnitude operacional da escala *Likert* utilizada para mensurar um determinado indicador selecionado. Estes fatores podem estar atrelados aos déficits quanto ao próprio uso das classificações de enfermagem, a uma percepção equivocada de que o PE se constitui apenas de uma atividade meramente burocrática, como também ao ato de acelerar a realização do PE tão somente para cumprir a obrigatoriedade do registro. Nessas situações, os sistemas de alerta já estão sendo pensados pela comissão, como é o caso da sinalização para a repetição de diagnósticos por mais dias. Seja qual for a justificativa/motivo para tais inconsistências, a COMPEnf procura estar sempre atenta para dirimir tais ocorrências, seja através dos encontros programados, seja através do desenvolvimento de atividades de assessoria e auditoria "in loco".

Outro entrave que pode mostrar-se substancial para o sucesso na implementação do PE informatizado diz respeito a uma possível resistência, por parte dos técnicos de enfermagem, diante de uma novidade que pode transparecer apenas mais uma tarefa a ser executada por eles, relacionando aqui principalmente a execução dos cuidados prescritos pelo enfermeiro. Assim, há que se considerar estes profissionais como integrantes de todo o processo, desde o início dos esforços de implementação do PE, seja ele informatizado ou não, para que possam entender o motivo das ações prescritas e a consequente importância quanto à sua execução. Este cuidado contribuirá também para se evitar a checagem indiscriminada de um determinado cuidado, sem a sua real efetivação, ou seja, apenas para cumprir a obrigatoriedade do registro.

Seguindo o raciocínio dos aspectos negativos evidenciados na implementação do PE informatizado, em uma revisão integrativa realizada com o objetivo de se avaliar o uso do PE em Unidade de Terapia Intensiva, os autores abordam as principais dificuldades mencionadas pelos profissionais de enfermagem na implantação do PE informatizado. Inclui-se neste contexto o desenvolvimento do processo

na sua integralidade, porém com enfoque no histórico de enfermagem, onde os enfermeiros enfatizam a escassez de tempo relacionada à sobrecarga de trabalho, dimensionamento de pessoal ineficiente/insuficiente, valorização excessiva da prescrição médica, falta de autonomia, falta de comprometimento/motivação, e por fim, a utilização de instrumentos que muitas vezes inviabilizam a sua utilização.[21]

Como é possível perceber, mesmo diante de tantas vantagens com a implementação do PE informatizado, principalmente no contexto gerencial e de organização do cuidado de enfermagem, muitos são os desafios para a sua manutenção. Atualmente, o principal desafio enfrentado pela COMPEnf relaciona-se à COVID-19, onde desde o início da pandemia as atividades presenciais da comissão foram temporariamente suspensas. Diante deste cenário, os encontros reais deram lugar aos encontros virtuais, porém com um intervalo de tempo maior entre eles. Dentro das possibilidades da instituição, as atividades de pesquisa e extensão vinculadas à comissão seguem sendo realizadas, visando principalmente não perder o vínculo entre os integrantes e o serviço, respeitando assim o caráter permanente da COMPEnf.

Assim, defende-se que a informatização em saúde é uma realidade cada vez mais presente e necessária. Diversos países estão desenvolvendo iniciativas objetivando qualificar os registros de informações dos pacientes e do cuidado prestado, indo ao encontro da informatização. Ao permitir uma melhor acessibilidade aos dados, precisão e segurança da documentação, implementação de uma prática baseada em evidências e redução de custos, as inovações tecnológicas em saúde ganham cada vez mais espaço e visibilidade nos serviços de enfermagem.[22]

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do PE informatizado permite uniformizar e documentar com segurança os registros de enfermagem, bem como criar bancos de dados com possibilidade de análise de gráficos e tabelas, os quais podem servir como indicativos da qualidade da assistência e para o desenvolvimento de pesquisas. Quando bem estruturado e desenvolvido na sua integralidade, estimula o raciocínio clínico e favorece a tomada de decisões seguras, conferindo visibilidade à *práxis* do enfermeiro.

Ao utilizar as taxonomias NANDA-I, NOC e NIC para o desenvolvimento do PE informatizado, é possível classificar a avaliação diagnóstica, o planejamento, as intervenções e os resultados esperados através de uma abordagem baseada nas melhores evidências científicas.

A associação entre o cuidado, tanto no contexto gerencial quanto assistencial, e as Tecnologias da Informação e Comunicação favorecem o desenvolvimento de novos *software*s voltados às especificidades do serviço, onde a busca pela excelência na usabilidade torna-se facilitada. Assim, se o usuário não sentir clareza e facilidade no uso do *software*, poderá criar empecilhos para o seu uso.

Por fim, diante dos avanços tecnológicos percebidos no campo da saúde, cabe ao profissional enfermeiro estar receptivo a essas mudanças, desenvolvendo competências e habilidades que podem não estar intrínsecas no cotidiano do cuidado. Nessa mesma linha, cabe às instituições de saúde o aporte de investimentos em novas tecnologias, com foco tanto na implementação de ferramentas tecnológicas inovadoras, quanto nas atividades de educação permanente direcionadas aos profissionais integrantes da equipe de enfermagem.

## REFERÊNCIAS


1. Chanes M. SAE descomplicada. 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2018.

2. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN n°358/2009 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF [Acesso em: 03 jun. 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

3. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN n°0514/2016 de 05 de maio de 2016. Aprova o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente. Brasília, DF [Acesso em: 29 maio 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html

4. Miranda GM, da Rosa LM, Bertoncello KCG, das Mercês NNA, Amante LN, Alvarez AG. Sistema informatizado à decisão clínica em enfermagem: uma construção e validação na oncologia. Rev. Enferm. Foco[internet]. 2019 [Acesso em: 22 maio 2021]; 10(7). Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2352/557

5. Carlotto IN, Dinis MAP. Tecnologias da informação e comunicação (tics) na promoção da saúde: considerações bioéticas. Rev. Saber e Educar[Internet]. 2018 [Acesso em: 20 maio 2021]; 25(1). Disponível em: http://revista.esepf.pt/index.php/sabereducar/article/view/306

6. Horta WA. Processo de enfermagem. 16. ed. São Paulo: EPU; 2006 [Acesso em: 28 maio 2021]. 99 p. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0B256SlwXERmvZWIyYjIyYWQtZmQzMi00Y2MzLWIyZTQtOTcyZTEzZGI2MDIx/view?hl=pt_BR&resourcekey=0-6Jdns6ucrVTsOlLMQJt0YQ

7. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. Fundamentos de enfermagem. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2018.

8. Félix NDC, Nascimento MNR, Ramos NM, Oliveira CJ, Nóbrega MML. Terminologia especializada de enfermagem para síndrome metabólica. Rev. Esc Anna Nery. 2020; 24(3):e20190345.

9. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Classificação dos Resultados de Enfermagem: mensuração dos resultados em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

10. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020. 11. ed. Porto Alegre; 2018.

11. Adamy EK, Argenta C, Bitencourt JVOV. Processo de Enfermagem: história e teoria. In: História do Processo de Enfermagem em Chapecó e Região. 1. ed. Chapecó: Ed. UFFS; 2020.

12. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. NIC- Classificação das Intervenções de Enfermagem. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2018.

13. Melo LS, Figueiredo LS, Pereira JMV, Flores PVP, Siqueira MEB, Cavalcanti ACD. Estratégias educativas utilizadas nos sistemas de linguagens padronizadas por enfermeiros: revisão integrativa. Online Brazilian Journal of Nursing [Internet]. 2017 [Acesso em: 17 jun. 2021]; 16(3). Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5549/html_2

14. Biffi P. Satisfação de enfermeiros com a utilização de um software para registro do processo de enfermagem. Monografia [Graduação em Enfermagem]. Chapecó: Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul; 2021. 55 p.

15. Miranda LN, Farias IP, Almeida TG, Trindade RFC, Freitas DA, Vasconcelos EL. Sistema de tomada de decisão para enfermagem: revisão integrativa. Rev. enferm. UFPE [Internet]. 2017 out. [Acesso em: 16 jun. 2021]; 11(Supl. 10):4263-72. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231190/25176

16. Domingos CS, Boscaroi GT, Brinati LM, Dias AC, Souza CC, Salgado PO. A aplicação do processo de enfermagem informatizado: revisão integrativa. Enferm. glob. [Internet]. 2017 [Acesso em: 29 jun. 2021]; 16(4). Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400603&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

17. Springer SRAS. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Capacitação de Enfermeiros para a Avaliação Inicial do Paciente Oncológico. Dissertação [Mestrado em Ciências Biológicas e da Saúde]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2019. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/1025297/springer_relatorio-de-pesquisa.pdf

18. Araujo JL. et al. Aplicativo móvel para o processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Texto Contex. Enferm. [Internet]. 2019 [Acesso em: 30 jun. 2021]; 28: e20180210. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100366&lng=en&nrm=iso

19. Domingos CS. Adaptação de um software com o processo de Enfermagem para unidades de internação. Dissertação [Mestre em Ciência da Saúde]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa. 2018 [Acesso em: 29 jun. 2021]. Disponível em: https://www.locus.ufv.br/bitstream/123456789/20726/1/textocompleto.pdf

20. Lima JJ, Vieira LGD, Nunes MM. Computerized nursing process: development of a mobile technology for use with neonates. Rev. Bra. Enferm. [Internet]. 2018 [Acesso em: 28 maio 2020]; 71(3):1273-1280. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901273&lng=en&nrm=iso

21. Dutra HS, Pinto LMC, Farah BF, Jesus MCP. Utilização do processo de enfermagem em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. Rev. med. Juiz Fora. [Internet]. 2016 [Acesso em: 04 maio 2021]; 42 (4): 245-252. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2413

22. Pegoraro LGO. Validation of instrument to assess software of patients' risk classification. Rev. Bra. Enferm. [Internet]. 2018 [Acesso em: 3 maio 2021]; 71 (3): 975-982. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000300975&lng=en&nrm=iso

CAPÍTULO 6

# O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA

*Eleine Maestri*
*Aline Massaroli*
*Olvani Martins da Silva*
*Carine Vendruscolo*
*Adrean Scremin Quinto*
*Débora Althaus Bonet*

## INTRODUÇÃO

A enfermagem representa metade do contingente de trabalhadores no setor saúde no Brasil e está presente em todas as esferas do cuidado.[1] Em constante evolução enquanto ciência, tem como principal foco a atenção integral nos diferentes cenários assistenciais, dentre eles, o cuidado em oncologia.

No panorama de morbimortalidade do país, as neoplasias ocupam o segundo lugar como causa de óbito. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), representa 13% dos casos mundiais registrados de morte. Há que se considerar também que o câncer carrega uma forte marca negativa social. O diagnóstico e o tratamento trazem consigo um percurso doloroso e progressivo rumo à finitude biológica, na visão da grande maioria dos usuários do sistema de saúde.[2]

Para tanto, os movimentos globais têm centrado esforços na mudança da lógica de trabalho e formação em saúde, em busca do fortalecimento dos sistemas assistenciais, especialmente na modificação do padrão de atenção biomédico e curativista, centrado na doença e/ou nos profissionais, para um modelo voltado para as necessidades do usuário, família, comunidade e território.[3]

Uma assistência de qualidade no processo de morbimortalidade, independente do ciclo de vida, deve ser capaz de oferecer um cuidado integral e sistematizado. Para isso, é primordial a formação profissional em busca do planejamento assistência voltado às necessidades e potencialidades do indivíduo prevendo os recursos necessários para o cuidado integral.[4]

A formação do profissional em saúde se espelha na qualidade da assistência em busca do cuidado integral. No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) estabelecem que a academia deve preparar o discente para atuar na gestão do cuidado, considerando o perfil epidemiológico do país.[1]

É imperativo o preparo discente para lidar com as dificuldades do serviço, através de exercícios de gestão do cuidado em ambiente prático, uma vez que apenas o aporte teórico não é suficiente para superar os problemas do cotidiano assistencial.[5]

Para abarcar o cuidado biopsicossocioespiritual, muitos conhecimentos técnico-científicos sistemáticos foram produzidos pela enfermagem, dentre eles o Processo de Enfermagem (PE). Legalmente articulado, pode ser descrito como uma ferramenta utilizada para as ações do cuidado. É através dele que o enfermeiro percebe os problemas de saúde, elenca diagnósticos, planeja e implementa ações e, por último, avalia os resultados.[6]

Na literatura, ainda se pode encontrar essa estratégia de organização e sistematização do cuidado prestado pela enfermagem com outras denominações, no entanto, cabe resgatar que outros termos se constituem como integrantes da *práxis*, mas não como sinônimos de PE.[7]

A utilização dessa metodologia no direcionamento da prática de enfermagem proporciona ao enfermeiro autonomia no seu espaço de atuação, além de promover maior reconhecimento profissional e qualidade da assistência.[8]

Embora o Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Resolução 358/2009, tenha determinado a implementação do PE nos serviços de saúde, públicos e privados, ainda existem várias lacunas, frente ao seu desenvolvimento e aplicação prática, sobretudo, em oncologia. As fragilidades vão desde a formação profissional até a própria logística das instituições.[9]

Com isso, o presente capítulo objetiva refletir sobre o ensino do PE em Oncologia na graduação e pós-graduação.

# O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA NA GRADUAÇÃO

No contexto do câncer, o enfermeiro atua em ações de prevenção e controle, necessitando habilidades e competências para prestar o cuidado na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares. Cabe à enfermagem acompanhar o desenvolvimento da oncologia, como especialidade clínica, por meio de investigações científicas, consideradas os principais recursos para a atualização do conhecimento e para o cuidado ao paciente oncológico.[10] Todavia, é importante que, ainda na formação em nível de graduação, o enfermeiro obtenha os elementos necessários ao cuidado clínico, além daqueles que desenvolvem a capacidade de reconhecimento das dimensões intangíveis desse cuidado, quais sejam, a capacidade de escuta do sofrimento dos pacientes e familiares e da sua equipe.

Neste subtítulo, abordamos a importância de incorporar ao ensino de graduação em enfermagem, elementos que nos parecem efetivos para o cuidado oncológico em enfermagem, por meio do PE. Consideramos que tais ferramentas podem contribuir com este cuidado, na dimensão clínica (assistencial), gerencial e também considerando elementos da subjetividade que acompanham as pessoas (pacientes) com câncer. A formação qualificada do enfermeiro para o cuidado oncológico, ao nosso ver, também implica a necessidade de aproximar o estudante dos cenários reais da prática, acompanhando o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua prerrogativa de contribuir com a formação dos profissionais que atuam na área.

1) As mudanças na formação dos profissionais da área da saúde implicam em uma transformação metodológica e em novas atitudes profissionais e, nessa direção, a integração ensino-serviço, atendendo as políticas de educação do Ministério da Saúde (MS) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área, além de aproximar a instituição formadora dos serviços de saúde, também oportuniza o processo de aprendizagem com atuação expressiva dos estudantes na rede de atenção, baseado em vivências na realidade local.[11]

2) Desde 2001, as DCN para os cursos da saúde, as quais estão sob análise atualmente, enfatizam a adequação da formação profissional às necessidades do SUS. O documento incentiva o protagonismo dos atores envolvidos no processo de ensino e de cuidado, mediante movimentos de formação e de educação permanente voltados à efetiva transformação das práticas em saúde.[12]

Ciente dessas necessidades e avanços, os cursos de graduação em Enfermagem vêm propondo metodologias e estratégias de aprendizagem direcionadas ao compromisso e à autonomia do estudante. Entre as estratégias empregadas para a abordagem contextual, no desenvolvimento das atividades teórico-práticas, está a utilização de metodologias problematizadoras, embasadas em reflexões que se originam no cenário da prática e que provocam os estudantes, a partir do exercício da ação-reflexão-ação *práxis*.[13] Esse método corrobora as orientações propostas pelas DCN, além de auxiliar na formação de profissionais capazes de atuar com senso de responsabilidade social. O futuro profissional, portanto, precisa pautar-se na ciência e na ética para promover a saúde integral do ser humano, assegurando o cuidado contínuo e resolutivo.[12]

Ao preocupar-se com o ensino da Consulta de Enfermagem e do PE, é importante que sejam abordadas as noções sobre a Enfermagem de Prática Avançada (EPA), uma vez que essa terminologia define o profissional de enfermagem com habilidades complexas de tomada de decisão e competências clínicas para a prática expandida. A EPA deve integrar pesquisa, educação, prática assistencial e gestão e suas ações devem ser sempre baseadas em evidências científicas. O profissional que realiza a EPA deve ter alto grau de autonomia profissional e competência para tomar decisões clínicas, realizar avaliações, diagnósticos e prescrições, sendo responsável por gestão de casos, avaliação e implementação de programas e planos de cuidado e referência para o primeiro ponto de contato dos usuários com os serviços de saúde.[14]

O PE torna-se uma ferramenta articuladora da EPA, quando se almeja o levantamento de diagnósticos e o planejamento das ações a serem implementadas. Uma revisão integrativa de literatura explorou os métodos utilizados para o aprendizado do PE nas Instituições de Ensino Superior brasileiras, verificando que nos cursos de graduação em Enfermagem há uma generalização nas nomenclaturas das disciplinas que abordam a temática, não permitindo evidenciar sua

inserção metodológica. Disciplinas como Fundamentos do processo de cuidar, Saúde do adulto, Enfermagem do adulto e do idoso, Processo de cuidar do adulto e do idoso abordam a temática, entretanto, seus títulos não o refletem sua inserção. Porém, um ponto comum observado foi a utilização do referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta, para nortear o ensino do PE.[15]

Com vistas a explorar esse referencial teórico no ensino de graduação em enfermagem, um estudo reflexivo sobre as contribuições dos instrumentos básicos de enfermagem para o ensino na área, cujo arcabouço foi sustentado pelas concepções de Wanda Horta, destaca como instrumentos básicos para a efetivação do cuidado a comunicação, a criatividade, a habilidade manual e psicomotora, o método científico, a observação, o trabalho em equipe, o planejamento e a avaliação. Todos esses elementos são considerados, pelos autores, de grande valia a serem explorados nos currículos da graduação. Enfatizam também que o ensino do PE nas disciplinas que procedem sua abordagem favorece o processo de ensino dos acadêmicos pela sua magnitude em contemplar diversos âmbitos da enfermagem. O estudo aponta como possibilidades de aprimoramento desse ensino do PE assumi-lo como temática transversal entre os semestres e trabalhar por meio de metodologias ativas, pois a vivência leva a melhoria na qualidade do seu aprendizado.[16]

Como sugestões para abordagem do conteúdo, está a difusão do conhecimento e o acesso a todos os graduandos de enfermagem, inclusão de metodologias ativas nos currículos para facilitar o aprendizado e promover uma vivência do graduando previamente, na universidade, assimilando, assim, a teoria e prática, além de um planejamento integrado entre os docentes da disciplina e entre as disciplinas. Os principais fatores que dificultam o ensino do PE, são a percepção dos estudantes quanto a aplicabilidade descontínua e fragmentada em campo prático, desestímulos dos acadêmicos, pela não continuidade dos cuidados prescritos no ambiente hospitalar pelos profissionais do serviço, carga horária insuficiente para o ensino do PE, algumas etapas do PE mais abordadas que outras. Por outro lado, os fatores que facilitam seu ensino se direcionam à expertise na temática por parte do docente, bem como sua crença e defesa da ferramenta como essencial para a assistência qualificada e contínua no ensino do PE nas disciplinas ao longo da formação acadêmica.[15]

Um estudo conduzido em uma instituição de ensino superior com 109 estudantes de enfermagem, matriculados a partir do quarto período, analisou o

conhecimento deles sobre PE. A maioria possuía conhecimento de suas etapas e sequência a ser seguida e 41,3% responderam não ter conhecimentos suficientes para a elaboração do Processo.[17]

O conceito de PE é muitas vezes confundido, o que se explica pelo déficit ensino-aprendizagem durante a graduação e acaba por refletir adiante, em utilização errônea na vida profissional. A clareza de significado durante a formação acadêmica favorece o *corpus* de conhecimento e compreensão qualificada ao futuro egresso/profissional, embora seja concebível admitir que o estudante somente se tornará apto e habilidoso na aplicabilidade do PE em sua íntegra na prática diária.[17]

O PE teve sua concretude a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, consolidando sua inserção nos cursos de graduação em enfermagem afim de evocar a cientificidade nas práticas assistenciais.[17] Por ser considerado um processo metodológico de organização do trabalho, como forma de favorecer a autonomia por meio do desenvolvimento do raciocínio crítico, pautado na cientificidade, que conduzirá a uma visão global da condição de saúde do indivíduo, proporcionando um cuidado individualizado com foco em suas necessidades afetadas, compreende-se que essa metodologia é essencial na grade curricular.[17] Sua aplicabilidade materializa o pensamento teórico reflexivo do estudante e profissional e suas etapas – Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano de Ação; Intervenção; Evolução e Resultados esperados[18] – que são apresentadas para os acadêmicos a partir do terceiro período da graduação, momento em que iniciam suas práticas.[17]

Uma revisão integrativa que analisou a produção científica de enfermeiras sobre o ensino do PE desde as primeiras fases do curso ao longo do currículo da graduação, reforça o uso das metodologias ativas e troca de diálogo para proporcionar o protagonismo discente como forma de transcender o ensino tradicional. Nessa linha de inovação, é citada a utilização de recursos virtual para o ensino do PE como forma inovadora e produtora de impacto positivo. Entretanto, reitera-se que, para tal estratégia, é preciso constar no projeto pedagógico do curso o percentual permitido de 15% da carga horária total do componente curricular quando o curso é ofertado no formato presencial. Nesse ínterim, frente à disponibilidade das tecnologias de informação, há a necessidade de qualificação do corpo docente para operacionalização de tais recurso para ampliar as técnicas de ensino.[17,18]

Na perspectiva de ampliação das técnicas de ensino, é preciso favorecer um campo abrangente nas diversas temáticas que compõe os currículos de graduação em enfermagem, tendo como perspectiva a formação de enfermeiros generalistas, capazes de atuar em situações de saúde/doença mais prevalentes dentro do perfil epidemiológico nacional, com foco a atender as demandas do SUS. Nessa direção, por meio da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, são reorientados os movimentos de mudança no ensino de Enfermagem, na busca de estratégias de atuação a atenção oncologia para suprimento de suas necessidades e solução de problemas demandados da doença e tratamento. Assim, alguns autores têm se debruçado a analisar aspectos relacionados à formação dos enfermeiros para o cuidado em oncologia e à importância da disciplina oncológica na grade curricular do curso de graduação em Enfermagem.[19]

Entretanto, ainda são perceptíveis fragilidades, pela falta de uma disciplina específica em oncologia na formação dos graduandos; quando presente, geralmente, é ministrada no formato de disciplina eletiva. Embora se desenvolva, via de regra, o contato com a área durante a formação acadêmica, o percentual de teoria é inferior aos estágios nos setores afins. No estudo realizado por Lins e Souza[19], quando questionados aos estudantes participantes da pesquisa sobre conhecimentos adquiridos acerca da assistência em oncologia, estes direcionaram suas respostas para cuidados específicos como do, e as modalidades de tratamento, mas não mencionaram sobre o PE.

Considerando a incidência do câncer no Brasil, bem como o envelhecimento populacional, os cursos de graduação em Enfermagem devem contribuir, efetivamente, para o preparo do profissional da área para esta atuação. Nesse sentido, a transformação dos modelos de ensino e aprendizagem é essencial, pois eles ainda se mantém engessados a métodos tradicionais. A mudança, pautada em metodologias críticas e reflexivas, potencializa e motiva para a formação de profissionais comprometidos e responsáveis com os modelos de atenção vigentes, expressando-se também, na melhor qualificação dos serviços da rede assistencial.

O PE é, reconhecidamente, estratégia efetiva para a qualificação do cuidado, inclusive em pacientes oncológicos. Trata-se uma prerrogativa legal, que pressupõe adequar o processo de formação profissional à diversidade e à complexidade do cotidiano de prática em uma instituição oncológica. Tal disposição implica o enfrentamento de alguns desafios, dentre os quais, a constatação de que a produção do cuidado em saúde, sobretudo em pacientes em cuidado oncológico, se

constitui, em essência, com muitas dimensões invisíveis, mas também, como um trabalho que exige daqueles que cuidam, um elevado esforço psíquico.

Importante destacar que a atitude crítica exige conscientização e predisposição à mudança e, para tanto, aposta-se na formação de enfermeiros comprometidos com a transformação dos modelos de atenção à saúde e com a consolidação do SUS.

## AS ABORDAGENS DO PE EM ONCOLOGIA NA PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

As produções de teses e dissertações nos programas de pós-graduação em Enfermagem no Brasil refletem, na maioria das vezes, investigações de inquietações oriundas de vivências da prática assistencial e de ensino. Ao consultar a Biblioteca Nacional de teses e dissertações e delinear a busca das produções que associam o "*Processo de Enfermagem*" and "*Oncologia*", encontramos teses e dissertações que versam majoritariamente sobre diagnósticos de enfermagem (DE) em oncologia, além de estudos que abordam a qualidade, repercussão e modelos dos registros.

O PE estimula o raciocínio clínico e o julgamento crítico para identificação e levantamento de problemas e escolha do DE. A pesquisa que teve por objetivo elaborar DE da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) em pacientes oncológicos com feridas, obteve como resultados a prevalência das feridas neoplásicas, cirúrgicas e lesão por pressão e predomínio dos diagnósticos de câncer de mama e pênis. Foram elaborados 242 enunciados de DE (188 de necessidades psicobiológicas, 49 psicossociais e 5 psicoespirituais). Evidenciou-se a importância do desenvolvimento científico da prática de enfermagem oncológica para o cuidado individualizado, sistemático e integral desta clientela.[20]

O desenvolvimento e validação de subconjunto terminológico, utilizando a CIPE, para pacientes em cuidados paliativos, com feridas tumorais serviu como bússola para os enfermeiros na prática assistencial.[21]

A proposta de legitimar o conteúdo das características definidoras do DE Conforto Prejudicado, proposto pela *Nanda Internacional* (NANDA-I), em pacientes sob cuidados paliativos em oncologia validou o conteúdo de

dezessete características definidoras e mais outras sete características definidoras foram elaboradas.[22]

Ao analisar a aplicação do PE fundamentado no referencial teórico de Imogene King, em pacientes oncológicos críticos hospitalizados em Protocolo de cuidados paliativos, o estudo identificou os DE mais frequentes e teceu comparação com o modelo de sistemas de King. Foram elaborados 718 diagnósticos para os 34 pacientes e analisando sob a perspectiva dos três sistemas mencionados por King observou-se que os diagnósticos encontrados contemplaram todos os sistemas propostos, divididos de forma percentual em sistema pessoal, com 82,4% dos diagnósticos, sistema interpessoal com 13,7% e sistema social com 3,9%. Foram ressaltados 51 diagnósticos de enfermagem distintos. Os DE Déficit no autocuidado, deglutição prejudicada, mobilidade física prejudicada, proteção ineficaz, risco de aspiração e risco de queda estiveram presentes em 34 clientes (100%).[23]

Ao caracterizar o conhecimento dos homens em tratamento para o câncer de próstata sobre o processo da doença, tratamento e efeitos desses em sua sexualidade, adotando como referência o DE Disfunção sexual, os exímios se fundamentaram no instrumento de coleta de dados para identificar as características definidoras e fatores relacionados possíveis a cada homem em tratamento para o câncer de próstata. A materialização dos 60 diagnósticos possibilitou o levantamento de 7 características definidoras e 4 fatores relacionados mais comumente citados. A implementação do processo de enfermagem para a elaboração e utilização do plano como instrumento orientador da prestação dos cuidados individualizados, possibilitou avalizar que ações imprescindíveis sejam priorizadas na assistência ao paciente com neoplasia prostática que vê sua sexualidade acometida pela disfunção sexual. [24]

Ao validar o conteúdo das características definidoras do DE Náusea, descritas pela NANDA-I em pacientes em tratamento quimioterápico, três características definidoras foram acatadas indicadores principais provisórios do diagnóstico (Relato de Náusea, Aversão à comida, Sensação de vontade de vomitar) e seis como indicadores secundários provisórios (relato de gosto amargo na boca, palidez cutânea, salivação aumentada, diaforese, taquicardia e deglutição aumentada). As características definidoras consideradas principais são fortes indicativos do referido diagnóstico de enfermagem. A náusea deve ser indagada para que o enfermeiro organize intervenções que minimizem este efeito e adaptem conforto ao paciente.[25]

Constata-se, nestes estudos, que o PE é uma maneira de solidificar a prática clínica do enfermeiro em conhecimentos teóricos próprios da profissão, consentindo um cuidado baseado em evidências, com uso de linguagem padronizada que promova a documentação da prática de enfermagem. O fato de abranger o paciente na promoção de sua saúde, considera o processo interpessoal, admite a identificação de necessidades e permite delinear um plano de cuidados individual que assegure a singularidade do paciente oncológico.

Ao avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre a atuação do enfermeiro na reabilitação do paciente oncológico entre as ações assistenciais, aflorou a SAE como elemento da reabilitação oncológica que requer uma assistência de enfermagem individualizada, humanizada e holística.[26]

O estudo que avaliou a qualidade dos registros do PE no prontuário eletrônico de pacientes admitidos em um hospital oncológico evidenciou elevados índices de conformidade na presença dos registros de enfermagem, porém, com fragilidade na dimensão qualitativa desses documentos. Igualmente, admitiram a importância do monitoramento e da avaliação desses registros, para implementar ações de aperfeiçoamento, apontando maiores índices de consenso no prontuário eletrônico.[27]

Para construir e validar um instrumento de coleta dos dados, denominado Histórico de Enfermagem e Exame Físico para Pacientes em Quimioterapia Ambulatorial, o pesquisador envolveu três etapas: construção, validação de conteúdo e avaliação da confiabilidade. O Histórico de Enfermagem e Exame Físico para Pacientes em Quimioterapia Ambulatorial apresentou índices de validade de conteúdo e confiabilidade maiores que os recomendados.[28]

Quando se analisou a produção científica nacional e internacional sobre a assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com câncer colorretal e se estabeleceram as recomendações para a sistematização da assistência perioperatória com vistas à alta hospitalar, concluiu-se que entre as estratégias para implementar alta hospitalar foi enfatizada a utilização do PE, de materiais educativos e cuidados especializados, com focalização de conhecimentos sobre a fisiopatologia oncológica, tratamentos e suas consequências e aspectos clínicos para atender a demanda de cuidados especializados destes pacientes no perioperatório e as necessidades específicas do paciente e familiar, na transição hospital domicílio.[29]

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PE é reconhecido como um instrumento para organizar cientificamente o fazer da enfermagem, bem como qualificar a assistência a partir de uma prática baseada em evidências considerando a singularidade de cada paciente. Na assistência do paciente oncológico, o PE é fundamental para garantir maior qualidade de vida ao paciente durante todos os momentos do tratamento.

Diversos são os fatores presentes no dia a dia dos serviços de saúde que contribuem para dificultar ou inviabilizar a implantação integral do processo de enfermagem em todos os serviços e situações de assistência de enfermagem. Dentre esses fatores, pode-se destacar o processo de formação do enfermeiro, que, por vezes, apresenta lacunas que se somam aos demais elementos dificultadores e culminam na aplicação parcial do PE ou mesmo na incompreensão que impossibilita sua aplicação.

A pós-graduação pode ser um momento para transcender dúvidas e questionamentos dos enfermeiros acerca do uso do PE na assistência de enfermagem, além de fortalecer o corpo científico da enfermagem com novas evidências científicas e estratégias que colaborem para a superação da aplicação fragmentada do PE ou não implementação nos serviços de saúde. Repensar o processo de formação do enfermeiro no tange às competências para uso efetivo do PE é algo premente e necessário para que no futuro seja possível encontrar um relato diferente.

## REFERÊNCIAS


1. Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 569, de 08 de dezembro de 2017. Princípios Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde [Internet]. Diário Oficial República Federativa do Brasil; 2017 [Acesso em: 22 jul 2021]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf

2. Teston EF, Silva ACP, Marcon SS. Percepção de pacientes oncogeriátricos sobre a funcionalidade familiar. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2017 [Acesso em: 22 jun 2021]; 21(1):1032. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908000?src=similardocs

3. Ogata, MN, Da Silva JAM, Peduzzi M, Costa MV, Fortuna CM, Feliciano AB. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2021 [Acesso em: 22 jul 2021] jun; 55(1): 03733. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733

4. Moch H, Stewart BW, Wild, CP. Word Cancer report. Rev Kidney câncer on line, zurich, [Internet]. 2014 [Acesso em: 22 jul 2021] jan; 37(1): 2-9. Disponível em: https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/103612/

5. Salvador PTCO, De Lima KYN, Alves KYA, Rodrigues CCFM, Santos VEP. Representações lúdicas de estudantes de enfermagem acerca da sistematização da assistência de enfermagem. Rev cienc. enferm. Concepción Chile [Internet]. 2017 [Acesso em: 22 jul 2021] jul; 23 (2): 121-131. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000200121

6. Tosin, MHS, Campos DM, De Andrade LT, De Oliveira BGRB, Santana RF. Intervenções de Enfermagem para a reabilitação na doença de Parkinson: mapeamento cruzado de termos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [Acesso em: 22 jul 2021] ago; 24(1):2728. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100360&lng=en&nrm=iso

7. Bousfield APS, Padilha MI, Bellaguarda MLR, Costa R. Processo de Enfermagem como potencializador da prática da acupuntura. Rev Escola Anna Nery [Internet]. 2021 [Acesso em: 22 jul 2021] abr; 25(4):24. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0148.

8. Zanardo GM, Zanardo GM, Kaefer CT. Sistematização da assistência de enfermagem. Rev. Contexto Saúde [Internet]. 2013 [Acesso em: 22 jul 2021] jan; 11(20):1371-1374. Disponível em: https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1811

9. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN Nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial República Federativa do Brasil. 2009 Out. [Acesso em: 22 jul 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

10. Silveira CS, Zago MMF. Pesquisa Brasileira em Enfermagem Oncológica: uma revisão integrativa. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2016 [Acesso em: 29 abr 2021] ago; 14(4):614-9. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a21.pdf

11. Vendruscolo C, Ferraz F, Do Prado ML, Kleba ME, Reibnitz KS. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. Rev Interface Botucatu [Internet]. 2016 [Acesso em: 27 abr 2021]; 1(59):1015-1025, Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/3Jx3JbPVvxzvyWxTcj6RtVF/abstract/?lang=pt

12. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº1133 de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição [Internet]. Diário Oficial República Federativa do Brasil: Seção 1; 2001 [Acesso em: 08 fev. 2015]. 131 p. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf

13. Freire, P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Nova Fronteira/Saraiva de Bolso; 2012.

14. ICN, CIE. Nurse practitioner/advanced practice nurse: definition and characteristics [internet]; 2009. Disponível em: https://acnp.org.au/sites/default/files/33/definition_of_apn-np.pdf.

15. Kirch ECL. A sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de ensino superior brasileiras. Rev. Saúde. [Internet]. 2016 [Acesso em: 27 abr 2021] maio; 12(4):727-736. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118722.

16. Camacho ACLF, Joaquim JF. Reflexões à luz de wanda horta sobre os instrumentos básicos de enfermagem. Rev enferm UFPE. [Internet]. 2017 [Acesso em: 27 abr 2021] dez; 11(12):5432-8. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23292/25512.

17. Caveião C, De Oliveira AS, Schnitzler RS, Waldrigues MC, Da Silva JOM. Sistematização da assistência e processo de enfermagem: conhecimento de estudantes de enfermagem. Rev pesquisa cuidado e Fundamental. [Internet]. 2017 [Acesso em: 27 abr 2021] dez; 12 (1): 1093-1098. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118722

18. Silva IAS, Fernandes JD, Paiva MS, Da Silva FR, Da silva LZ. O ensino do processo de enfermagem. Rev enferm UFPE. [Internet]. 2018 [Acesso em: 27 abr 2021] set; 12(9):2470-8. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235896

19. Lins FG; Souza SR. Formação dos Enfermeiros para o Cuidado em Oncologia. Rev enferm UFPE. [Internet] 2018 [Acesso em: 27 abr 2021] jan; 12(1):66-74. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/22652/25858

20. Queiroz PL. Diagnostico de Enfermagem em pacientes oncológicos com feridas [Dissertação na Internet]. Maranhão: Universidade Federal do Maranhão; 2016 [Acesso em: 22 jul 2021] mar. 129 p. Disponível em: https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/1389?mode=full.

21. Castro MCF. Subconjunto terminológico CIPE para pacientes em cuidados paliativos com feridas tumorais [Dissertação na Internet]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. 2015 [Acesso em: 22 jul 2021] out. 301 p. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/handle/1/1719

22. Gonçalves MCS. Validação de conteúdo das características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado em cuidados paliativos na oncologia [dissertação na Internet]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas. 2015 [Acesso em: 22 jul 2021] ago; 83 p. Disponível em: https://www.fenf.unicamp.br/pt-br/evento/defesa-de-dissertacao-de-mestrado-marcelle-castro-do-santos-goncalves

23. Miranda SPL. Diagnósticos de enfermagem em clientes oncológicos críticos em cuidados paliativos fundamentados na teoria do alcance de metas de King. [dissertação na Internet]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde. 2015 [Acesso em: 22 jul 2021] dez. 151 p. Disponível em: https://repositorio.unb.br/browse?type=author&value=Miranda%2C+Simone+Prado+de+Lima+de

24. Oliveira GMA. Diagnóstico de enfermagem disfunção sexual em homens em tratamento para o câncer de próstata: uma proposta de cuidado de enfermagem [dissertação na Internet]. Minas Gerais: Universidade Federal de Juiz de Fora. 2016 [Acesso em: 22 jul 2021] dez. 146 p. Disponível em: https://repositorio.ufjf.br/jspui/browse?type=author&value=Oliveira%2C+Gabriela+Mota+Antunes+de

25. Oliveira AM. Supervisão na formação do enfermeiro na perspectiva da continuidade dos cuidados em enfermagem [dissertação na Internet]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas. 2019 [Acesso em: 22 jul 2021] jun. 200 p. Disponível em: https://repositorio.fps.edu.br/handle/4861/110

26. Teles PA. Atuação do enfermeiro na reabilitação do paciente oncológico: revisão integrativa [dissertação na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2019 [Acesso em: 22 jul 2021] jun; 115 p. Disponível em: https://teses.usp.br/index.php?option=com_jumi&fileid=17&Itemid=160&id=27AA61A3DFA2&lang=pt-br

27. Pimenta ASP. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário eletrônico em um hospital oncológico [dissertação na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2016 [Acesso em: 22 jul 2021] maio 128 p. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-12052017-124204/publico/Dissertacao_ArianeSilvaPaulinoPimenta_completa.pdf

28. Lima MT. Construção e validação do histórico de enfermagem para pacientes em quimioterapia [dissertação na Internet]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas. 2019 [Acesso em: 22 jul 2021] dez. 39 p. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/reposip/338937

29. Santos MG. Alta hospitalar de pacientes cirúrgicos por câncer colorretal: as implicações das evidências para a enfermagem [dissertação na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem Ribeirão Preto. 2015 [Acesso em: 22 jul 2021] jan. 89 p. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-05012016-152833/publico/marcogimenesdossantos.pdf

## INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

**Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)**
**Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)**
**Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECO)**
**Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF)**

## SOBRE AS ORGANIZADORAS

### Carla Argenta

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Especialização em Urgência, Emergência e Trauma pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à saúde) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Pesquisadora e integrante do Grupo de estudos sobre Tecnologias e Práticas do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GETECS), Processo de Enfermagem e Sistema de Linguagem Padronizadas em Enfermagem.

### Edlamar Kátia Adamy

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à saúde) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Pesquisadora e integrante dos grupos de pesquisa Cuidado Humano e Processo Saúde-Adoecimento e do Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde. Membro da Rede de Pesquisa em Processo de Enfermagem (RePPE) e da Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE). Foi Diretora de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) Nacional, gestão 2016-2019.

### Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Enfermagem pela Escola Anna Nery da UFRJ. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Pesquisa em Gestão, Inovação e Tecnologias em Saúde (LABITECS). Membro da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem de Santa Catarina (COMSISTE). Atua principalmente nos seguintes temas: Processos de Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processo de Ensino aprendizagem e uso de metodologias inovadoras; Gestão e estágio Curricular Supervisionado.

## SOBRE AS(OS) AUTORAS(ES)


### Ana Julia Rozo

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Enfermeira na Associação Hospitalar Comunitária de Liberato Salzano (AHCLISA). Participa do Grupo de Pesquisa em Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES), da UFFS.

### Alexander Garcia Parker

Doutor em Enfermagem (UFSC). Mestre em Enfermagem (FURG). Bacharel e licenciado em Enfermagem e Obstetrícia (FURG). Professor de Magistério Superior na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Participa do Laboratório de Pesquisa em Gestão, Inovação e Tecnologias em Saúde (LABITECS) e do Laboratório de Pesquisa Clínica, Tecnológica e Educação no Processo de Enfermagem e Pessoas Críticas (LABCEPEC/UFSC).

### Agatha Carina Leite Galvan

Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Participa do Projeto Desenvolvimento, Validação e Avaliação de Tecnologias Sustentadas pela Implantação/Implementação do Processo de Enfermagem.

### Adrean Scremin Quinto

Enfermeiro Hospitalar. Mestre em Biociências e Saúde pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Especialista em Administração Hospitalar e graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Graduado em Enfermagem.

### Aline Massaroli

Enfermeira. Doutora e Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). MBA de Gestão em Saúde e Controle de Infecção pela Faculdade INESP. Professora da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó, no Curso de Graduação em Enfermagem e Curso de Especialização de Enfermagem Oncológica. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES), da UFFS. Membro do Laboratório de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde – EDEN/UFSC.

### Carla Argenta

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), com atuação no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Membro do Grupo de Estudos Sobre Tecnologias e Práticas do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GETECS), da UDESC.

### Cauana Gasparetto

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Participa do Grupo de Estudos sobre Tecnologias e Práticas do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GETECS), da UDESC.

### Carolina Kreusberg

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Participa do Grupo de Estudos sobre Tecnologias e Práticas do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GETECS), da UDESC.

### Carine Vendruscolo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), onde atua no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Membro do Grupo de Estudos sobre saúde e trabalho (GESTRA) e Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde (LABIGEPS).

### Débora Althaus Bonet

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Trabalha no Hospital Regional do Oeste (HRO), em Chapecó-SC.

### Denise Antunes de Azambuja Zocche

Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Mestra em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Bacharel e licenciada em Enfermagem (UFRGS). Docente na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), onde atua no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Membro do Grupo de Estudos sobre Tecnologias e Práticas do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GETECS) e do Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde (LABIGEPS), da UDESC.

### Elisama Pricila Matzembacher

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Trabalha no Hospital Regional do Oeste (HRO), em Chapecó-SC.

### Elisangela Argenta Zanatta

Enfermeira. Doutora e Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Docente na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), onde atua no Departamento de Enfermagem e no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Membro do Grupo de Estudos Sobre Tecnologias e Práticas do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GETECS), da UDESC.

## Edlamar Katia Adamy

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestra eem Saúde Coletiva pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNIOESTE). Especialista em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem pela Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz). Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade do Contestado (UNC), Campus de Concórdia. Docente na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), onde atua no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde Membro do Grupo de Estudos sobre Tecnologias e Práticas do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GETECS), da UDESC.

## Eleine Maestri

Doutora e Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialização em Enfermagem Obstétrica pela UFSC. Especialista em Formação Pedagógica na Área da Saúde: Enfermagem pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Especialista em Terapia Intensiva e Emergência pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Graduada em Enfermagem pela UFSC. Docente na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), onde atua no Curso de Especialização de Enfermagem Oncológica da UFFS. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES), da UFFS.

## Fernanda Pereira

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Participa do Grupo de Estudos sobre Tecnologias e Práticas do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GETECS), da UDESC.

## Fernanda Crivello Martins

Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Participa do Grupo de Estudos sobre Tecnologias e Práticas do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GETECS), da UNESC.

## Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Enfermagem pela Escola Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Pesquisa em Gestão, Inovação e Tecnologias em Saúde (LABITECS) e da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem de Santa Catarina (COMSISTE).

## Laura Cocco

Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Trabalha no Hospital Regional do Oeste (HRO), em Chapecó-SC. Acadêmica do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico e Neonatal na Faculdade Censupeg.

## Olvani Martins da Silva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestra em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI). Graduada em Enfermagem pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Docente na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), onde atua no Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Membro do Grupo de Estudos sobre Tecnologias e Práticas do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GETECS), da UDESC.

## Patrícia Poltronieri

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Trabalha no Hospital Regional Terezinha Gaio Basso, em São Miguel do Oeste-SC.

## Priscila Biffi

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Acadêmica do Curso Lato Sensu em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico e Neonatal na Faculdade de Ciências, Educação, Saúde, Pesquisa e Gestão. Trabalha no Hospital Unimed Chapecó.

## Thamara Trierveiler

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Trabalha no Hospital Regional do Oeste (HRO), em Chapecó-SC.

## Tânia Maria Tacca Zunkowski

Enfermeira. Mestra em Ciências da Saúde pela Universidade da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Especialista em: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Saúde Pública pela Faculdade Internacional de Curitiba (FACINTER); Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL); Controle de Infecção Hospitalar pela Universidade do Contestado (UNC). Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Trabalha no Hospital Regional do Oeste (HRO), em Chapecó-SC.

## William Campo Meschial

Doutor e Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Graduado em Enfermagem pela UEM. Docente na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Membro do Grupo de Estudos sobre Tecnologias e Práticas do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GETECS) e do Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde (LABIGEPS).

## Veridiana da Silva Pinto

Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Cuidados Oncológicos pela Cenuspeg. Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família pela Universidade Regional de Blumenau (FURB). Graduada em Enfermagem pela Universidade Comunitária Regional de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Trabalha na Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (AVLC).